

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA NÉGOCIATION DES NORMES MASCULINES
PAR LES HOMMES EN CRISE SUICIDAIRE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
PHILIPPE ROY

AOÛT 2008

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Tout au long de ce cheminement académique et personnel, j'ai été épaulé par des gens sans qui ce travail n'aurait été possible. Je tiens à remercier tout d'abord les neuf hommes qui ont accepté de participer à cette étude. Ils ont livré des témoignages, fort pertinents pour la recherche et l'intervention, mais aussi très touchants au plan personnel. Tous y ont participé dans l'espoir que cette étude puisse aider d'autres personnes qui traversent une crise suicidaire.

Pour leur précieuse collaboration, je remercie tout le personnel de l'**Accalmie**, maison d'hébergement et d'accompagnement pour personnes suicidaires. Une mention spéciale pour **Patrice Larin**, directeur général, et **Serge Rouette**, coordonnateur clinique, qui ont été d'un recours fort apprécié pour la collecte de données, ainsi que pour le soutien moral qu'ils m'ont apporté durant ce cheminement.

Au département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal, j'ai eu le privilège de travailler sous la direction de **Catherine Des Rivières-Pigeon**. Merci beaucoup Catherine, jeune professeure que tu étais lorsque j'ai suivi le cours *Sociologie de la santé*, tu savais déjà transmettre ton intérêt pour cette discipline et tu présentais déjà la compétence et la confiance qu'exige la direction d'un mémoire de maîtrise. Tu m'as ainsi permis d'approfondir la qualité de ma réflexion intellectuelle. Ta rigueur et ton sens de l'organisation ont été des facteurs déterminants pour l'accomplissement de cette étude... sans lesquels j'aurais probablement abandonné ce projet, embourbé dans un fouillis conceptuel, théorique ou autre. Mais tu as tenu bon, tu as cru en moi et tu m'as encouragé à persévérer. Si tes exigences m'ont semblé très grandes dans mes moments difficiles, la satisfaction que je retire aujourd'hui de l'accomplissement de ce travail est beaucoup plus grand, je te l'assure. Et je te remercie également pour cela.

Toujours à l'UQAM, je remercie **Marcel Rafie**, directeur des études avancées en sociologie qui, par son enthousiasme, sa convivialité et sa pensée sociologique raffinée, m'a donné le goût de poursuivre mes études dans ce champ disciplinaire et spécialement à son département. Je tiens à souligner la précieuse collaboration de **Maxime Blanchette** qui a rédigé les verbatims d'entrevue. Je remercie également **Francine Rivest**, assistante

à la gestion des études avancées au département de sociologie, pour sa grande disponibilité et son soutien administratif constant. Le Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie (CRISE) a été d'un grand soutien pour la recherche documentaire de cette étude. Il en va de même pour l'équipe Masculinités et Sociétés, dont les membres ont alimenté ma réflexion académique. Je remercie ces deux regroupements pour la confiance et l'ouverture qu'ils m'ont témoignées au cours des derniers mois.

Certaines personnes ont agi en tant que mentor tout au long de mes études en sociologie et je souhaite ici souligner leur contribution exemplaire. Il en est ainsi de **Jean-Claude Soulard** (Cégep de Trois-Rivières), **Anthony Synnott** (Département de sociologie et d'anthropologie, Université Concordia), **John Oliffe** (School of Nursing, University of British Columbia), **Gilles Tremblay** (École de service social, Université Laval), **Alf Bång** (Institute of Communication, Lunds Universitet, Suède) et **Rom Harré** (Dept. of philosophy, Oxford University, Angleterre). Chacun à leur façon, ils m'ont aidé à développer ma pensée critique et à relever les défis rencontrés durant ce cheminement. À mon sens, ils rendent au mentorat académique toutes ses lettres de noblesse. Je vous remercie chaleureusement.

Je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui et ce travail n'aurait jamais été terminé sans vous : mes parents, **François et Hélène**; mes frères, **Martin et Mathieu**; mes très nombreux et fidèles amis et surtout, mon amour, **Paule**. J'ai pu compter sur un support moral inconditionnel de votre part durant les moments difficiles qui ont parsemé ce parcours académique. Vous êtes tous à mes yeux des personnes inestimables et votre générosité témoigne de votre grandeur d'âme.

À vous tous, merci !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
INTRODUCTION	1
1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 LE SUICIDE AU QUÉBEC : ÉPIDÉMIOLOGIE ET COMPARAISON INTERNATIONALE.....	3
1.2 LA TENTATIVE VERSUS LE SUICIDE COMPLÉTÉ.....	5
1.3 PRÉCISIONS TERMINOLOGIQUES : SUICIDANTS, SUICIDÉS ET LA CRISE SUICIDAIRE	7
1.4 LES ÉTIOLOGIES SOCIOLOGIQUES.....	9
1.5 LA SURMORTALITÉ DES HOMMES PAR SUICIDE	18
2 CADRE THÉORIQUE.....	31
2.1 L'APPROCHE SOCIOCONSTRUCTIVISTE.....	31
2.2 LA PERSPECTIVE DE GENRE EN SANTÉ.....	32
2.3 LA MASCULINITÉ	36
2.4 LA MASCULINITÉ ET LA SANTÉ	42
2.5 LES HOMMES, LA MASCULINITÉ ET LE SUICIDE	47
2.6 L'INTERVENTION AUPRÈS DES HOMMES SUICIDAIRES	51
2.7 LES CONCEPTS OPÉRATIONNELS	52
2.8 LA POSITION IDÉOLOGIQUE RETENUE.....	54
2.9 LES QUESTIONS DE RECHERCHE	55
3 POSITION MÉTHODOLOGIQUE.....	57
3.1 L'APPROCHE QUALITATIVE.....	57
3.2 LE DISCOURS DE L'ACTEUR AU CENTRE DE LA RECHERCHE	60
3.3 LES DÉFIS MÉTHODOLOGIQUES	61
3.4 LE LIEU DE LA COLLECTE DE DONNÉES	61
3.5 L'ÉTHIQUE.....	62
3.6 L'ENTREVUE INDIVIDUELLE.....	64
3.7 LA COLLECTE DE DONNÉES	66

3.8	L'ANALYSE.....	67
3.9	L'ÉCHANTILLON.....	68
3.10	LE TRANSFERT DE L'INFORMATION.....	73
4	RÉSULTATS : LE PROCESSUS DE CRISE SUICIDAIRE	75
4.1	LES CAUSES PERÇUES DE LA CRISE SUICIDAIRE.....	75
4.2	LA DÉPRESSION	92
4.3	LA CRISE SUICIDAIRE	102
4.4	LA DEMANDE D'AIDE.....	104
5	RÉSULTATS : LES NORMES MASCULINES	120
5.1	LES DIFFÉRENTS DISCOURS.....	121
5.2	LE RÔLE DES NORMES MASCULINES DANS LE PROCESSUS DE LA CRISE SUICIDAIRE.....	128
6	DISCUSSION.....	136
6.1	LA CHRONOLOGIE DU PROCESSUS DE CRISE SUICIDAIRE ET LE RAPPORT AUX NORMES MASCULINES	137
6.2	LA NÉGOCIATION DU DISCOURS SUR LA DEMANDE D'AIDE ET LE RAPPORT AUX NORMES MASCULINES	140
6.3	LA PSYCHIATRIE ET LES RAPPORTS SOCIAUX DE SEXE	143
6.4	LES PERSPECTIVES COMPLÉMENTAIRES AUX RAPPORTS SOCIAUX DE SEXE	144
6.5	LES LIMITES DE L'ÉTUDE	145
6.6	L'IMPLICATION POUR L'INTERVENTION	148
6.7	L'IMPLICATION POUR LA RECHERCHE.....	149
7	CONCLUSION	151
	APPENDICE A	154
	APPENDICE B	158
	APPENDICE C	161
	BIBLIOGRAPHIE	163

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : MODÈLE FINAL DE PRÉDICTION DE LA TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ LES HOMMES (HOULE, 2005).....	29
TABLEAU 2 : COMPARAISON DES EXIGENCES DE L'AIDE THÉRAPEUTIQUE ET DES EXIGENCES DE LA MASCULINITÉ.....	46
TABLEAU 3 : EXEMPLES DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE TROIS CONCEPTS À L'ÉTUDE.....	54
TABLEAU 4 : FRÉQUENCE ET POURCENTAGES DE BÉNÉFICIAIRES DU SERVICE D'HÉBERGEMENT ET DE THÉRAPIE À L'ACCALMIE (FÉV. '06 – NOV. '06).....	66
TABLEAU 5 : TRANSFERT DU CONTENU DE L'ENTREVUE VERS LE MODE TEXTE.....	74
TABLEAU 6 : LES CAUSES PERÇUES DE LA CRISE SUICIDAIRE PAR LES RÉPONDANTS.....	76
TABLEAU 7 : LE TRAVAIL EN TANT QUE CAUSE PERÇUE DE LA DÉTRESSE ET DE LA CRISE SUICIDAIRE	83
TABLEAU 8 : LES LIENS ENTRE LES CAUSES PERÇUES ET LA DÉPRESSION.....	93
TABLEAU 9 : LA DÉPRESSION, TELLE QUE PERÇUE PAR LES RÉPONDANTS	99
TABLEAU 10 : LA DÉPRESSION, TELLE QUE PERÇUE À TRAVERS LE REGARD DES AUTRES	100
TABLEAU 11 : LA DEMANDE D'AIDE, TELLE QUE PERÇUE AVANT L'INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE POUR CRISE SUICIDAIRE.....	116
TABLEAU 12 : LA DEMANDE D'AIDE, TELLE QUE PERÇUE APRES L'INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE POUR CRISE SUICIDAIRE.....	117

RÉSUMÉ

Dans tous les pays industrialisés, la mortalité par suicide est quatre fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Au Québec, depuis les années soixante-dix, le taux de suicide chez les hommes est en progression constante, alors que celui des femmes est demeuré stable durant la même période. Bien que les normes masculines aient été identifiées comme l'un des facteurs pouvant contribuer au plus grand nombre de suicides complétés chez les hommes, le rapport que ceux-ci entretiennent avec les normes masculines durant une crise suicidaire, demeure peu connu.

Cette étude vise à explorer le processus par lequel les hommes qui traversent une crise suicidaire effectuent une « négociation » avec les normes de la masculinité. De manière plus précise, nous abordons les trois questions de recherche suivantes : (1) Comment les hommes en crise suicidaire décrivent-ils leur processus de crise suicidaire ? (2) Comment les hommes en crise suicidaire décrivent-ils les normes et les stéréotypes masculins ? (3) Quel rôle ces normes masculines jouent-elles dans le processus suicidaire ?

Neuf hommes (9), tous usagers du service d'hébergement d'une maison d'aide pour personnes suicidaires, ont été interviewés sur leurs différentes expériences en lien avec leur crise suicidaire et la demande d'aide. La recherche étant de nature exploratoire, une grille d'entrevue souple a été retenue et élaborée d'après une approche constructiviste inspirée de la théorie ancrée. Ce cadre permet une compréhension interprétative de la subjectivité des hommes qui ont traversé une crise suicidaire. Les hommes interviewés ont décrit leur processus de crise suicidaire en abordant chronologiquement les thèmes suivants : (1) l'expérience de problèmes personnels, (2) la dépression, (3) les idéations et les tentatives de suicide, (4) la demande d'aide pour une crise suicidaire. Cette dernière étape représente en fait l'interruption du processus de crise suicidaire.

Les résultats suggèrent que toutes les étapes du processus de crise suicidaire sont caractérisées par la récurrence des expériences de déviance aux normes masculines et marquées par la honte et la stigmatisation. Le processus de légitimation de la demande d'aide s'effectue par le rejet de la légitimité des normes masculines. La socialisation masculine, à l'origine de la reproduction des rôles et des normes masculines, et la déviance à ces normes, sont des processus sociaux et donc macroscopiques, contre lesquels seul un processus individuel, ici la négociation du rapport aux normes masculines, a été apporté. Il s'agit donc d'une solution individuelle à une problématique sociale. Par ailleurs, cette étude met en lumière les effets dépressiogènes et suicidogènes de certaines expériences de demande d'aide, notamment en services psychiatriques.

Ces observations soulèvent les dimensions sociales de la crise suicidaire, notamment en ce qui a trait au fait que les stéréotypes masculins, qui sont difficilement compatibles avec la demande d'aide en santé. Le changement de perception dont ont fait preuve les répondants concernant la demande d'aide permet de mieux comprendre le rôle des normes masculines dans cette démarche. Les conclusions soutiennent la poursuite de la recherche sur les pertes identitaires de genre (masculin et féminin) impliquées dans la problématique de la crise suicidaire et du parcours d'aide, tant chez les hommes que chez les femmes, en regard des normes de genre respectifs à chacun.

Mots-clés : masculinité, suicide, socioconstructivisme, hommes, santé mentale.

INTRODUCTION

Une cause de mortalité, certes, mais d'abord la conséquence d'une souffrance insoutenable, souvent cachée derrière un mur de honte. Le suicide dérange dans l'irrationalité apparente qui semble affliger ceux qui succombent à ce *cancer de l'âme*. Et ils sont nombreux à décéder ainsi : près de 1400 par année au Québec (Association québécoise de suicidologie, 2002). Ces personnes emportent dans la mort leur secret. Cependant, plusieurs ne complètent pas leur suicide et survivent donc à ce cancer de l'âme. Leur vécu peut donc receler une grande richesse pour la compréhension de ce phénomène et pour fournir des pistes novatrices pour l'intervention et la prévention du suicide.

Au Québec, comme dans la plupart des sociétés occidentales, 80% des suicides sont commis par les hommes. Les hommes au Québec connaissent le 3^e plus fort taux de suicide parmi les pays industrialisés (Choinière, 2003). Pour sa part, la Mauricie est la région du Québec qui a le plus fort taux de suicide (excluant le Nunavik) : 42,0 suicides pour 100 000 habitants. Pour la même région, le taux chez les femmes est de 9,7 / 100 000. Pour expliquer cette situation, plusieurs auteurs questionnent le rapport des hommes avec les services de santé et de services sociaux (Brooks, 1998 ; Courtenay, 2000a,b ; Daigle, 2002; Daigle et Gariépy, 2003; Dulac, 2001; Hemström, 1998 ; Houle, 2005; Rondeau, 2004; Tremblay, Cloutier, Antil, Bergeron et Lapointe-Goupil, 2005).

Brooks (1998) et Dulac (2001) notent un grand paradoxe entre les normes de la masculinité et les normes du patient idéal en thérapie. Pendant que le premier ensemble est basé sur la fierté, la force, l'indépendance, la domination et la négation des faiblesses, le second est plutôt fondé sur le dévoilement des faiblesses, l'abandon du contrôle et l'acceptation de la vulnérabilité, etc. Ces données concernent la santé et la thérapie auprès des hommes en général. Le rôle des normes masculines dans la problématique du suicide chez les hommes au Québec est une piste très pertinente, mais jusqu'ici, très peu documentée d'un point de vue qualitatif.

Cette étude vise à explorer la manière dont la masculinité est impliquée dans un processus de crise suicidaire. Pour ce faire, le chapitre I présente un portrait de la problématique du suicide au Québec. Les étiologies sociologiques du suicide sont ensuite abordées, afin de permettre l'application de ces perspectives à notre population à l'étude. Il sera aussi

question des principales explications de la surmortalité des hommes dans le suicide.

Le second chapitre présente le cadre théorique utilisé pour aborder notre objet de recherche. Ce cadre détermine la perspective à partir de laquelle nous avons examiné la « négociation » de la masculinité durant un processus de crise suicidaire. De cette démarche résulte nos questions de recherche et la méthodologie retenue.

Le chapitre III aborde en détail la méthodologie qualitative socioconstructiviste avec laquelle nous avons exploré notre objet de recherche. Ce chapitre décrit toutes les étapes de la construction de notre instrument de mesure, de notre collecte de données et de l'analyse.

Les chapitres IV et V présentent respectivement les résultats sur le processus de crise suicidaire et les normes masculines. Ces résultats sont descriptifs, c'est-à-dire qu'ils rapportent précisément les propos des hommes qui ont été interviewés dans le cadre de cette étude.

Les résultats présentés dans le chapitre précédent sont discutés au chapitre VI à la lumière du cadre théorique retenu, afin de répondre à notre question de recherche principale. Finalement, c'est au chapitre VII que sont exposés les limites de l'étude, ainsi que l'implication de l'étude pour l'intervention et la recherche.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre aborde l'épidémiologie du suicide au Québec, afin de dresser un portrait global de la situation. Par la suite, nous présenterons les comparaisons internationales des taux de suicide. Seront également abordés ici, l'état des connaissances dans l'étude du suicide au Québec. La sociologie fournit les principales étiologies utilisées pour la compréhension de la problématique à l'étude. Certaines étiologies psychologiques complètent ce chapitre.

1.1 Le suicide au Québec : épidémiologie et comparaison internationale

1.1.1 Le portrait du suicide au Québec

Le suicide est une cause de mortalité qui touche tout particulièrement le Québec. Au cours de l'année 2001, 1055 hommes et 279 femmes se sont enlevés la vie au Québec, pour un nombre total de 1334 décès (St-Laurent et Bouchard, 2004). Pour illustrer ces données brutes, l'Association Québécoise de Suicidologie (AQS, 2002) propose l'exemple suivant: 1334 suicides complétés au Québec par année, cela représente cinq Boeing 747 qui s'écrasent ou 30 autobus tombant dans un ravin. 80% des personnes décédées par suicide sont des hommes. Cette proportion se retrouve d'ailleurs dans la majorité des pays industrialisés (Organisation Mondiale de la Santé, 2004; Choinière, 2003; Mäkinen, 1998). Entre 1976 et 2001, le taux de suicide des hommes est passé de 22,0 à 30,7 (pour 100 000) et de 7,9 à 7,8 chez les femmes (St-Laurent et Bouchard, 2004). L'augmentation du taux de suicide général est donc essentiellement attribuable à

l'augmentation du taux chez les hommes (Rondeau, 2004 : 9).

Selon le rapport épidémiologique de Choinière (2003), le suicide constitue la première cause de décès au Québec chez les hommes de 15 à 44 ans et chez les femmes de 15 à 29 ans. Le suicide occupe une plus grande proportion de la mortalité chez les jeunes en raison de l'absence relative des autres causes de décès comme les maladies dégénératives. D'après le même rapport, c'est dans la deuxième moitié de l'âge adulte que l'on retrouve le plus grand nombre absolu de suicides. Cette constatation doit être considérée dans le contexte où il s'agit du groupe d'âge démographiquement plus fort.

Les régions du Nunavik, du Nord-du-Québec et les Territoires Cris sont exclues de l'étude de St-Laurent et Bouchard (2004) et du Portrait de la santé du Québec et de ses régions (INSPQ, 2006) en raison de leur faible population qui aurait nécessité une méthodologie différente. Il n'en demeure pas moins que les communautés autochtones qui peuplent ces régions sont sévèrement touchées par le suicide. Au Nunavik par exemple, c'est près du tiers des décès qui sont attribuables au suicide. Pour l'ensemble du Québec, le suicide ne représente que 3% des décès enregistrés. En ce sens, les autochtones du Nord font face à une crise de grande ampleur, tant au plan social qu'individuel.

Selon l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ, 2006), le suicide est plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain. C'est ainsi que les plus forts taux de suicide se retrouvent en Mauricie et au Centre-du-Québec, en Abitibi-Témiscamingue, dans la région de Chaudière-Appalache et dans le Bas-Saint-Laurent. À l'inverse, les régions urbaines comme Montréal, Laval et la région de Québec, présentent les plus faibles taux de suicide de la province. Et cette particularité n'est pas unique au Québec. En effet, Bourke (2003) signale la même tendance en Australie quant aux forts taux de suicide des régions rurales. Même son de cloche en Suède (Hemström, 1998), en Angleterre (Middleton et al., 2003) et en Norvège (Melhum, Hytten et Gjersten, 1999). Selon Bourke (2003), la différence entre les taux de suicide des régions urbaines et des régions rurales peuvent s'expliquer par les caractéristiques suivantes : les régions rurales sont 1) généralement moins bien pourvues en services de soins de santé mentale ; 2) généralement là où on retrouve le plus d'armes à feu ; 3) là où les normes de la masculinité traditionnelles tendent à être davantage imposantes et rigides.

1.1.2 Comparaison nationale et internationale

De l'ensemble des provinces canadiennes, le Québec présente le plus fort taux de suicide, avec 16,5 suicides pour 100 000 habitants (INSPQ, 2006). L'Alberta et le Nouveau-Brunswick suivent avec respectivement 14,1 et 13,2.

Des 21 pays industrialisés qui font partie de l'étude épidémiologique de Choinière (2003), le taux ajusté de suicide des hommes québécois représente le troisième plus fort taux de suicide derrière la Finlande et l'Autriche. Dans la même étude, le taux ajusté de suicide chez les femmes québécoises se retrouve au sixième rang. Tous pays confondus (industrialisés ou non), c'est en Amérique Latine que l'on retrouve les taux de suicide les plus bas. À l'inverse, les taux les plus forts se retrouvent en Europe de l'Est, en Russie et dans la région de la Baltique (Lituanie, Estonie, Lettonie). Bien que plus élevé que la plupart des pays industrialisés, le taux de suicide des hommes au Québec, situé à 30,7 pour 100 000 habitants, demeure bien loin du taux de 74,3 en Lituanie (Organisation Mondiale de la Santé, 2004). Il demeure cependant beaucoup plus élevé que celui du reste du Canada (18,7), des États-unis (17,6) et du Mexique (5,4).

1.1.3 Résumé de la comparaison des taux de suicide selon le territoire

En somme, le taux de suicide est plus élevé en Mauricie que dans le reste du Québec, le taux québécois est pour sa part plus élevé que celui des autres provinces canadiennes et plus élevé que la majorité des pays industrialisés (Québec versus autres pays). Et à travers toutes ces divisions géopolitiques, les hommes affichent un taux de suicide quatre fois plus élevé que celui des femmes. Mais la description épidémiologique du suicide ne peut être complète sans aborder la problématique des tentatives de suicide, qui connaît également son lot de drames humains.

1.2 La tentative versus le suicide complété

À l'intérieur du phénomène du suicide se doit d'être considérée la notion de tentative de suicide. Celle-ci est définie par « un acte destructif auto infligé et non fatal, accompagné d'une intention explicite ou inférée de mourir » (Goldsmith, Pellmar, Kleinman et

Bunney, 2002). Même si la tentative n'a pas l'irréversibilité du suicide complété, elle demeure néanmoins un important indice de souffrance individuelle et sociale. Ceci est vrai, d'autant plus que les tentatives de suicide sont beaucoup plus nombreuses que les suicides complétés : il y aurait 65 tentatives pour un suicide complété chez les femmes, alors que ce ratio est de 16 pour 1 chez les hommes (St-Laurent et Bouchard, 2004).

Au niveau de la terminologie, le terme *parasuicide* et *tentative de suicide* sont considérés par l'Organisation Mondiale de la Santé comme des synonymes (Hawton et coll., 1997 ; Platt et coll., 1992). D'après l'enquête sociale de santé de Boyer et coll. (2000, cité dans Houle, 2005), les deux tiers des tentatives de suicide seraient attribuables aux femmes. Les chiffres concernant la distribution des tentatives de suicide chez les femmes ont besoin d'être approfondis et nuancés. À la question « Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie ? », les femmes révèlent un taux de tentative 1,5 fois plus élevé que les hommes. Lorsque cette question se limite à la dernière année, aucune différence significative n'est établie entre les hommes et les femmes. Pour expliquer cette apparente différence, l'hypothèse suivante est avancée : les adolescentes feraient davantage de tentative de suicide que les adolescents et le ratio se stabiliserait autour de l'âge adulte. La distribution des tentatives selon le sexe et l'âge appuie cette hypothèse (St-Laurent et Bouchard, 2004).

D'après l'*Enquête sociale et de santé 1998* (INSPQ, 2001 ; St-Laurent et Bouchard, 2004), 3,9% de la population québécoise âgée de 15 ans et plus a révélé avoir sérieusement pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage est également réparti chez les hommes et chez les femmes. Les pensées suicidaires seraient plus présentes chez les jeunes que chez leurs aînés. La prévalence des tentatives de suicide est évaluée à 5 personnes pour 1000 durant les 12 mois qui ont précédé l'enquête.

Selon Houle (2005), ces résultats sont difficiles à interpréter dans la mesure où le suicide est un sujet tabou et les répondants peuvent omettre ou cacher un comportement suicidaire. De plus, une personne peut considérer comme *tentative de suicide* un comportement auto infligé dont l'intention n'est pas mortelle. Il peut en être ainsi de l'automutilation ou de la consommation abusive de médicaments, d'alcool et de drogue. Enfin, l'enquête n'indique pas si la tentative a été suivie d'une hospitalisation ou de l'administration de soins de santé dans une institution à cet effet, et donc, répertorié dans

les registres.

L'utilisation des enregistrements des soins médicaux fournis suite à une tentative de suicide est une autre manière d'évaluer le taux de tentatives de suicide. Ces enregistrements sont répertoriés par les hôpitaux et dans les cliniques privées. Les données provenant d'études réalisées par l'Organisation Mondiale de la Santé à travers 16 pays européens corroborent les résultats obtenus au Québec (Hamel, 2001, cité dans Houle, 2005). Ici encore, le taux d'hospitalisation est beaucoup plus élevé chez les adolescentes : 2,5 fois plus élevé que chez les garçons du même âge. Cette différence s'estompe graduellement jusqu'à l'âge de 20 ans, où elle disparaît totalement. Ces observations sont corroborées par Tousignant et coll. (2003), qui soulignent qu'après l'âge de 25 ans, les hommes sont traités presque aussi souvent que les femmes pour une tentative de suicide. Les tentatives de suicide seraient plus fréquentes chez les hommes de plus de 25 ans que chez les femmes du même âge.

Ces chiffres n'ont pas manqué de sonner l'alarme auprès des organismes de santé publique et des centres de recherche et d'intervention. À l'échelle de la province, ce taux de 5 / 1000 équivaut à 35000 tentatives de suicides déclarées au cours des 12 derniers mois chez les personnes âgées de 15 ans et plus (Tousignant et coll., 2003). Ceci revient donc à près d'une centaine de tentatives par jour pour cette population. Si à chaque jour, environ cinq personnes se suicident au Québec et une centaine d'autres tentent de s'enlever la vie, la problématique revêt une dimension socialement pathologique. Et c'est énorme, si on considère la démarcation que le Québec connaît au sujet de son taux de suicide, nettement supérieur à la moyenne nationale et internationale.

1.3 Précisions terminologiques : suicidants, suicidés et la crise suicidaire

Afin de clarifier l'objet de recherche, certaines précisions terminologiques en rapport avec l'étude du suicide doivent être apportées. Selon Labelle, Gagnon, Séguin et Lachance (2003 : 161), il est d'usage d'employer le terme « suicidé » pour désigner une personne qui a complété son suicide jusqu'à la mort. Le terme « suicidant » s'applique à un individu qui a fait un suicide non complété. D'après cette définition, un individu

conserve l'étiquette « suicidant » jusqu'à ce que 12 mois se soient écoulés depuis la dernière tentative.

Quant à l'individu « en crise suicidaire », cette terminologie semble davantage se restreindre à la période critique qui entoure la tentative et les idéations sérieuses. Par ailleurs, la crise renvoie à un moment et non pas à une caractéristique identitaire. Cette précision semble importante puisqu'elle offre une alternative à l'étiquetage d'une identité *malade, amoral, anormal* ou *dépressive* (Bennett, Cogan et Adams, 2003).

1.3.1 Le processus de la crise suicidaire

Dans le milieu de la pratique, la crise suicidaire est conceptualisée comme un processus en forme d'entonnoir dont le passage à l'acte est l'aboutissement (AQS, 2002). Selon l'AQS (2002), ce processus peut être schématisé en six étapes :

1. La détresse : La personne vit plusieurs problèmes accompagnés d'un sentiment de détresse.
2. Les flashes : Les solutions aux problèmes s'avèrent infructueuses. Les problèmes persistent malgré les tentatives de résolution. Le suicide apparaît alors sous forme de flashes, soit des pensées instantanées. Le processus suicidaire est enclenché dès que le suicide est envisagé comme une solution.
3. Les idéations : Les solutions s'éliminent graduellement tandis que les idées suicidaires persistent. Ces idées occupent une place de plus en plus grande en raison de la diminution progressive de solutions envisageables. À cette étape, la fréquence de ces pensées demeure limitée.
4. La rumination : L'augmentation de la fréquence des idées suicidaires amène la personne à « ruminer » les pensées suicidaires.
5. La cristallisation : L'épuisement des solutions met l'accent sur le suicide en tant qu'unique solution. La planification du geste suicidaire se précise à mesure que l'idée du suicide se cristallise.
6. Le passage à l'acte : La personne détermine le moment, le lieu et le moyen de son geste suicidaire. Une fois ces conditions rassemblées, le passage à l'acte est imminent.

1.4 Les étiologies sociologiques

Au sens pratique, le suicide est, et ne peut être qu'un geste individuel. Mais les raisons qui motivent ledit geste peuvent être de nature biologique, psychologique et sociale. Il en va de même pour les courants suicidogènes, qui émanent non pas de l'individu, mais de la collectivité. Durkheim (1999a) entend par *courants suicidogènes* les variations d'un taux de suicide. Par exemple, il en va ainsi pour les augmentations des taux de suicide durant les périodes de récession économique. Une augmentation soudaine d'un taux de suicide est souvent appelé *vague de suicide*. Le suicide peut être abordé comme un phénomène social s'il est considéré comme un *fait social*. Dans la typologie de Durkheim, est un fait social « toute manière, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure » (Ferréol et coll., 2002). La pertinence des diverses étiologies pour comprendre le suicide incite plusieurs chercheurs à favoriser une approche multidimensionnelle du phénomène (Mishara, 2003). Effectivement, il semble révolu le temps où la recherche en suicidologie poursuivait la quête de *la* cause du suicide. Bien que les gens qui portent atteinte à leur vie ne le fassent probablement pas tous pour les mêmes raisons, il n'en demeure pas moins que le suicide peut être abordé comme un *fait social* qui comporte un sens socialement compris par l'ensemble de la collectivité.

« Le rejet conscient et volontaire de la vie », voilà comment le sociologue russe Pitirim Sorokin définit le suicide (Sorokin, 2002 : 81). Un geste individuel certes, mais pourvu d'un sens imbriqué dans le discours social où il s'inscrit. Bien qu'il fût longtemps l'objet de questionnements philosophiques, il faut attendre la fin du XIX^e siècle pour que le suicide soit l'objet d'une méticuleuse investigation de la part d'un des pères fondateur de la sociologie : Emile Durkheim. Il fut le premier à faire du suicide un objet de recherche en science sociale avec la publication en 1897 de son livre *Le Suicide*. Il définit le suicide comme suit : « Tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. » (Durkheim, 1999a). Durkheim fut le premier à démontrer que le suicide comprend une dimension sociale, essentielle à la compréhension du phénomène. C'est ainsi qu'il affirme que « chaque société est prédisposée à fournir un contingent déterminé de morts volontaires » (p.44). Il confirme ainsi l'universalité d'un phénomène dont les variables sociales en cause sont identifiables, mesurables et affirme que cette mesure permet de prévoir le taux de suicide d'une société donnée. Bien qu'il affirme la causalité

des facteurs sociaux dans l'explication du suicide, il mentionne toutefois que l'impact des changements sociaux s'effectue par le biais de la psychologie des individus. Dans *De la division du travail*, Durkheim (1999b) souligne le caractère exigeant et stressant de la vie en temps de transition sociale. L'individualisme extrême et l'accélération effrénée du rythme de vie contribueraient à affaiblir les ressources personnelles et collectives contre le stress (Dagenais, 2005). Cette observation corrobore la thèse de Sorokin (2002) au sujet du degré de civilisation, ici représenté par la complexité et le rythme rapide, qui caractérise une société possédant également un fort taux de suicide. C'est ce que Durkheim appelle « un état pathologique qui accompagne la marche de la civilisation » (1999a : 368). La dimension pathologique est ici représentée par la forme que prennent les deux principales variables sociales de sa théorie, soit l'affaiblissement de l'intégration sociale et la régulation sociale.

Durkheim a notamment étudié les variations des taux de suicide à travers une multitude de variables telles que l'âge, le sexe, le pays d'origine et celui d'adoption, la religion, la région, les conditions économiques, le climat, le jour de la semaine, le moment de la journée, le mois, le milieu rural versus urbain, etc. À partir des données statistiques issues de ces variables, Durkheim (1999a) conclut que le suicide est essentiellement déterminé par l'intégration sociale et la capacité à gérer les stress sociaux et les changements sociaux. L'intégration sociale représente un concept-clé de la sociologie durkheimienne. Elle réfère à l'intériorisation des normes et des valeurs de la société, processus par lequel l'individu développe un sentiment d'identification au groupe de référence. Quant aux changements sociaux, duquel peuvent découler un stress social, leur définition est simple : des changements qui surviennent à un niveau macrosocial. C'est-à-dire qui survient au-delà d'un individu ou d'un groupe restreint. Les changements dans les rôles sociaux par exemple, touchent la majorité, sinon la totalité d'une population donnée. Puisque ces rôles fournissent des repères à l'individu, ces changements peuvent ainsi perturber l'individu, et donc susciter une augmentation du suicide. Dans la sociologie durkheimienne, la relation individu-société est régie par une codépendance équilibrée : il n'y a pas de société sans individus et inversement, nul individu ne peut naître complètement en-dehors de toute vie sociale. Le taux de suicide augmente quand l'équilibre est brisé entre l'individu et la société.

1.4.1 Typologie sociologique du suicide selon Durkheim

De son œuvre considérable, la plus importante contribution de Durkheim demeure la classification des types sociaux de suicide (1999a). L'étiologie sociologique du suicide par Durkheim propose quatre types de suicides.

Le suicide égoïste survient lorsque l'intégration sociale est trop faible pour maintenir une cohésion suffisante entre ses membres. Cela produit l'isolation individuelle extrême, la solitude et le manque d'engagement dans la société.

Le second type est le suicide altruiste : lorsque le social englobe tout le champ de l'identité individuelle, la vie d'une personne peut devenir un objet de sacrifice au nom d'une plus grande cause. Dans ce cas, la notion d'individualité perd tout son sens au profit d'une identité essentiellement sociale. Les exemples classiques du suicide altruiste sont les kamikazes et les commando-suicides. Au nom d'une grande cause, d'une religion ou d'un pays, des individus sont prêts à sacrifier leur propre vie.

Ensuite, le suicide anémique apparaît durant les changements sociaux rapides. À ce moment, les normes et les valeurs perdent leur sens. Selon Durkheim (1999a) ces transitions rapides affaiblissent l'effet protecteur des institutions comme la famille, la religion, la communauté, l'école et le travail. Le déracinement et l'absence de norme diminuent la valeur de la vie et de ses idéaux.

Toujours selon Durkheim (1999a), l'anomie est l'état dans lequel une société connaît une rupture ou une absence de normes et de valeurs. C'est ce qui se produit quand la société ne fournit plus à l'individu les repères normatifs pour réaliser son identité et ses rôles. Pour Durkheim, il s'agit de l'état pathologique de la division du travail. Alors que nous entrons en contact avec les autres majoritairement par l'entremise de nos rôles sociaux (époux, amis, collègues, etc.), la perturbation de ces rôles peut grandement affecter le soutien social que nous retirons de ces relations. Le filet social s'en trouve ainsi affaibli. Mentionnons également que l'étymologie du terme anomie englobe également l'absence de lois et de règles (Férréol et coll., 2002). Nous comprenons donc de l'anomie qu'il s'agit d'un état chaotique qui caractérise une période de changement social. L'anomie est évoquée lorsqu'il est question du suicide chez les Autochtones et les Inuits. Parmi ces sociétés, plusieurs sont passées d'une culture de chasseurs-cueilleurs à la culture

d'Internet en moins de trente ans (Chandlers, Lalonde, Sokol, et Hallett, 2003). Les repères sociaux, les croyances, les normes et les valeurs de ces peuples se trouvent ainsi bousculés à un niveau qu'il est encore difficile de concevoir. Il s'agit effectivement un changement social d'une rapidité incroyable.

Le dernier type de suicide décrit par Durkheim (1999a) est le suicide fataliste, le moins fréquent. Ce type de suicide est la conséquence de la perception du manque de pouvoir, du manque d'aide et du désespoir. Le cas typique est celui de la personne aux prises avec une maladie chronique incurable dont l'état de santé ne peut que se détériorer. Il y a lieu de croire que c'est une forme de suicide qui se retrouve davantage parmi les personnes âgées puisque c'est le groupe le plus exposé aux maladies dégénératives et aux afflictions chroniques. Mis à part les maladies chroniques mentionnées plus tôt, le vieillissement en soi peut être très mal vécu par certaines personnes. Il n'est pas facile d'être vieux et malade dans une société qui valorise la jeunesse, la santé et la productivité. La perception d'un écart grandissant entre ces valeurs et l'état personnel peut alimenter notamment le désespoir. Alors que Durkheim affirme la causalité des variables sociales, le concept de suicide fataliste semble se trouver à cheval entre des notions psychologiques et sociales.

La contribution de Durkheim est considérable et la portée de sa théorie comporte toujours aujourd'hui une pertinence certaine. En dépit des différences individuelles entre chaque cas de suicide, Durkheim met en lumière la récurrence de certaines caractéristiques sociales parmi les groupes étudiés.

1.4.2 Le suicide selon la sociologie compréhensive de Weber

Le suicide peut également être interprété comme un phénomène rattaché à la collectivité parce que ce geste comporte un sens commun, compris et interprété de manière relativement cohérente et unanime par celle-ci (Gratton, 1996). C'est ainsi que le sens du geste peut effectivement varier considérablement d'une culture à une autre. C'est à travers une méthodologie de l'interprétation que Max Weber élabore l'objectivation des processus individuels. Fidèle à la tradition sociologique allemande de la fin du XIXe siècle, Weber situe dans la sociologie le rôle de comprendre la signification des phénomènes (Férréol, 2002). Alors que Durkheim fait usage d'une masse de données et de procédés statistiques pour interpréter son objet d'étude, Weber opte pour une

perspective qui lui donne accès à la dimension subjective du phénomène, tant au niveau individuel que collectif. Au Québec, Gratton (1996) a abordé le suicide d'un point de vue constructiviste dans la tradition wébérienne : l'objectif ici est de comprendre le suicide. D'après cette perspective, ce geste possède en soi une signification particulière, culturellement et individuellement variable. Le suicide est trop souvent décrit comme un geste insensé, résultant d'un trouble de santé mentale. Le suicidant ou le suicidé est donc jugé comme un être irrationnel. En accédant au monde intérieur des suicidés par le discours, Gratton a observé les représentations de ces derniers. Ses résultats révèlent que l'interaction et l'influence mutuelle entre l'individu et son environnement confèrent au suicide un sens définitivement social. Les comportements individuels ne sont pas non plus étrangers aux valeurs véhiculées au sein d'une société donnée. En ce sens, Gratton décrit son modèle théorique par *l'activité sociale commandée par une valeur*. Elle situe ainsi le geste à l'intérieur d'un contexte socioculturel particulier. Ceci n'est pas sans rappeler le *fait social* de Durkheim (1999a) qui est également la détermination sociale du sens que revêt d'un geste individuel.

Gratton (1996) décrit le contexte socioculturel dans lequel s'inscrit sa recherche. L'auteure mentionne l'importance de la Révolution tranquille, qui a marqué le Québec à travers les nombreux changements sociaux qui ont défini cette période. Mais c'est également à la même époque que le suicide chez les jeunes a connu une montée fulgurante. L'étude de Gratton amène cette dernière à affirmer que cette augmentation du suicide « n'est pas sans rapport avec l'esprit général ou le climat socioculturel d'ensemble qui prévaut au Québec depuis lors » (p. 26). À l'aide de la sociologie compréhensive de Weber, Gratton corrobore la thèse voulant que le suicide soit un phénomène qui dépasse largement le geste individuel de mettre fin à sa vie.

1.4.3 La postmodernité en tant que « cause » du suicide

Plusieurs auteurs inscrivent leur étude des variations des taux de suicide dans la transition des sociétés modernes à postmodernes (Clain, 2000 ; Dagenais, 2005 ; Eckersley et Dear, 2002 ; Willis et coll., 2002). Cette approche permet d'étudier la trame sociale dans laquelle s'inscrit la problématique du fort taux de suicide chez les hommes. Selon Ritzer (1997), les sociétés postmodernes présentent les caractéristiques suivantes :

- Des changements sociaux rapides.

- Un manque ou une absence d'organisation centrée autour d'un but commun, autrefois assurée par des institutions comme l'Église.
- Une augmentation du niveau de réflexion individuelle qui mène à une nouvelle forme de liberté personnelle et sociale. Dans ce contexte, l'identité est une construction personnelle résultant des choix influencés par les standards sociaux, plutôt que traditionnellement imposés.
- Une loyauté collective et des agents de cohésion sociale sont absents ou affaiblis.
- Les individus de l'ère postmoderne sont susceptibles, plus que quiconque, de faire l'expérience d'un niveau extrême d'individualisme et d'isolation. Ce phénomène est nommé « hyper-atomisation » (Ritzer, 1997).

Les théories postmodernes constituent un outil privilégié pour l'analyse de la masculinité et du suicide. Comme il sera mentionné plus loin, la masculinité est en soi une construction identitaire, réalisée à partir des normes et valeurs d'un lieu et d'une époque donnée (Connell, 1995 ; Courtenay, 2000a ; Dulac, 2001). La masculinité, en tant que construction sociale, n'est donc pas étrangère aux changements causés par et engendrés par le passage d'une société moderne à postmoderne. Nous pourrions ainsi mieux comprendre le rôle et l'impact de la masculinité dans le domaine de la santé des hommes.

La pertinence des étiologies postmodernes sur le suicide fait écho à la perspective durkheimienne, élaborée 100 ans plus tôt. Comme l'avait Durkheim à son époque, les courants suicidogènes sont intrinsèquement reliés aux courants sociaux. Le sociologue français s'est intéressé aux variations des taux de suicide lors du passage de la société féodale à la société moderne, caractérisée par l'industrialisation qui a pris racine dans la plupart des régions d'Europe occidentale. Ses observations portant sur les changements sociaux sont d'une grande pertinence lorsqu'on analyse le passage présent de la société moderne à la société postmoderne : son approche macroscopique des changements sociaux issus du passage de la société féodale à la société moderne (industrielle) permet de tracer des similitudes avec le passage de la société moderne à postmoderne. Ses prévisions des variations des taux de suicide en période de transitions sociales sont corroborées par plusieurs études postmodernes, telles que Clain (2001), Dagenais (2005), Eckersley et Dear (2002), Willis et coll. (2002). Voici donc les grandes lignes de l'approche postmoderne.

Les sociétés occidentales d'aujourd'hui continuent de faire l'expérience d'une évolution fulgurante et ininterrompue dans le monde des communications, des transports et de l'économie. Cette réalité compose également avec l'augmentation exponentielle de la population mondiale. Ces changements rapides et massifs modifient le rapport au monde, tant au niveau individuel qu'institutionnel. Selon Beck (1991) et Bauman (1992), les sociétés occidentales (celles-ci comprennent essentiellement l'Europe de l'Ouest et du Nord, l'Amérique du Nord, l'Australie et la Nouvelle-Zélande) se situent dans une période de transition entre la modernité et la postmodernité. À l'instar de la modernité qui a transformé la société féodale en société industrielle, l'ère postmoderne déconstruit la société industrielle pour faire place à une nouvelle société en devenir. Ces transformations s'effectuent à un rythme très rapide et entraînent une augmentation du stress chez les individus, puisqu'ils doivent s'adapter précipitamment à des circonstances encore inconnues ou imprévisibles. Les liens entre l'individu et la société peuvent se trouver grandement affaiblis par ces changements sociaux. Ceci aurait pour effet de plonger certains individus dans un état de confusion et de désespoir où le recours aux repères normatifs et aux valeurs est difficilement praticable.

À l'échelle sociale, cette situation pourrait se traduire effectivement par un courant suicidogène. La perte de la valeur de la famille s'articule dans ce sens puisque les rites familiaux, sociaux et religieux sont en déclin (Beck, 1991). D'après Willis et coll. (2003), la transition vers la postmodernité est notamment caractérisée par l'affaiblissement des liens qui unissent les membres d'une même famille. L'effet protecteur de la famille étant affaibli, un nombre grandissant d'individus se retrouve laissés à eux mêmes, exposant ces derniers à un plus grand risque de détresse.

Selon l'approche postmoderne de Beck (1991) et Bauman (1992), la combinaison que forme l'augmentation de la détresse personnelle et la diminution du recours au support social entraînerait une augmentation du taux de suicide. Plutôt qu'une variable bloquée et compense l'effet dommageable de l'autre, soit par la diminution de la détresse personnelle ou l'augmentation du support social, les deux variables sont orientées de manière à créer une synergie qui peut effectivement contribuer à l'augmentation du taux de suicide d'une population donnée.

Willis et coll., (2003) ont étudié le courant suicidaire des jeunes hommes afro-américains

à travers une interprétation postmoderne. Ces chercheurs concluent que les jeunes hommes afro-américains sont davantage exposés aux différentes formes d'agents de stress, ce qui augmente la détresse psychologique et ainsi, augmente l'incidence de la dépression et des comportements pathologiques associés tels que le suicide. Une des principales causes de cette situation résiderait dans l'incapacité des institutions à fournir une protection contre la détresse psychologique. Cette dernière peut s'avérer effectivement plus dévastatrice si les ressources protectrices du support social sont absentes ou affaiblies.

Bien que l'objet de recherche de Willis et coll. (2003) porte exclusivement sur les jeunes hommes afro-américains, il n'en demeure pas moins que le prisme à travers lequel ils effectuent leur analyse est applicable à d'autres groupes de la société occidentale. Le cadre théorique qu'ils utilisent est d'ailleurs d'une grande pertinence pour étudier le cas du suicide au Québec : dans les deux cas, un groupe social autrefois sous domination étrangère voit une partie grandissante de ses membres accéder à une mobilité sociale favorable. Cette mobilité sociale soudaine instaure un nouveau rapport hiérarchique à l'intérieur du même groupe. Bien des différences caractérisent toutefois le parcours socio-historique des Afro-Américains et des Québécois (autrefois Canadiens-Français). Cependant, certaines lignes directrices peuvent s'appliquer aux deux groupes quant à leur rapport aux normes inhérentes à chaque groupe social. Willis et coll. (2003) mettent en lumière la perte des repères normatifs – l'anomie – qui caractérise les transitions sociales d'un groupe donné.

1.4.4 Interprétations postmodernes et durkheimiennes : les transitions sociales en tant que facteur précipitant du suicide

En somme, Willis et coll. (2003) confirment la pertinence de la typologie de Durkheim (1999a) par le lien établi entre les mouvements sociaux à grande échelle et les variations des taux de suicide de certaines populations. Alors que Durkheim a mis en lumière l'effet pathologique des changements sociaux anormalement rapides qui ont eu lieu au tournant du XXe siècle, Willis et coll. démontrent que ce pattern n'est pas unique au contexte sociohistorique étudié par Durkheim. La théorie de ce dernier peut effectivement être généralisable à d'autres contextes anomiques. La transition de la modernité à la postmodernité, à travers l'individualisation pathologique et la chute de l'effet protecteur

de la collectivité, peut être interprété comme un élément clé permettant d'expliquer l'augmentation fulgurante du taux de suicide chez les hommes au Québec depuis les 30 dernières années.

1.4.5 Interprétation postmoderne du suicide chez les jeunes hommes au Québec

En utilisant la perspective sociologique postmoderne, Dagenais (2005) s'est penché sur le cas du suicide chez les jeunes hommes au Québec. Il a notamment observé la trame sociohistorique du Québec à l'intérieur de laquelle le taux de suicide des hommes a commencé à se démarquer du taux canadien, chez les hommes et chez les femmes. D'après l'auteur, le suicide des jeunes hommes au Québec doit être considéré comme un indicateur d'une crise reliée à l'identité. Le Québec traverserait une phase anémique caractérisée par la déconstruction institutionnelle du travail, de la famille, de la religion et par la chute du collectivisme en tant que lien protecteur entre la société et ses membres. Apparemment, l'effet protecteur de la collectivité, serait grandement affaibli (p.1). Les particularités du Québec en tant que société potentiellement suicidogène pour les jeunes hommes sont présentées par Dagenais à travers le contexte sociohistorique.

Dagenais (2005) soutient que le Québec est particulier dans le sens où la domination anglaise de la population d'origine française a incité ce second groupe à se retrancher dans le rôle de pourvoyeur, essentiellement à travers le travail ouvrier. En effet, la mobilité sociale était quelque chose de peu commun pour les francophones d'autrefois : les hautes sphères de la hiérarchie sociale étaient majoritairement occupées par des anglophones instruits, propriétaires des capitaux ; alors que la main d'œuvre était essentiellement fournie par des prolétaires francophones (p.4).

Pour la plupart des pays occidentaux, le mode de production et d'organisation sociale de l'industrialisation a progressivement été remplacé par un nouveau mode de production ayant des exigences différentes (Dagenais, 2005 : 3-4). Des usines de production massive, nous sommes passés à des usines à « licenciements massifs ». Dans ce secteur primaire et secondaire, ce sont des milliers d'emplois qui se sont perdus au Québec comme ailleurs, durant les années 1980-1990, balayant non seulement un système de production, mais aussi un lieu privilégié pour la construction identitaire de bon nombre d'hommes. Le travail ouvrier ayant perdu de la valeur, ceux qui s'y fiaient se retrouvent devant une

impasse. Dagenais observe que les trois régions les plus touchées par le suicide au Québec depuis 30 ans sont les régions qui ont été fondées par et pour les besoins industriels. La fermeture de ces usines et de ces mines laissant derrière elles un bon nombre d'acteurs sociaux programmés pour se valoriser à travers le travail ouvrier, dans un milieu sans travail et dont l'avenir est incertain. Cette transformation du monde du travail constitue la déconstruction du lieu de valorisation, de socialisation et du lieu d'où émerge une partie importante de l'identité masculine. Ce contexte pourrait être propice au développement d'une dépression collective où le désespoir et la confusion se conjuguent avec l'absence de modèles de réussite sur lesquels les gens peuvent s'identifier. Ceci forme un mélange létal qui contribuerait possiblement aux taux de suicide explosifs de ces régions (p.3).

Puisque le travail à l'extérieur du domicile était traditionnellement l'adage des hommes, il y a lieu de penser que les variations importantes du secteur industriel, comme sa déconstruction récente observée dans la plupart des pays occidentaux, soient donc susceptible de toucher les hommes en premier lieu et de manière plus profonde (Dagenais 2005 : 5). Les théories postmodernes fournissent un éclairage différent et plus actuel sur la nature et l'impact des grands mouvements sociaux contemporains. Elles permettent ainsi de mettre en perspective la problématique du suicide chez les hommes en tant que symptôme d'une transition sociale. Bien que le suicide existe en-dehors de ces périodes de transition sociale, les théories sociologiques permettent de comprendre la présence d'une augmentation significative du taux de suicide à ces moments précis et pour des groupes sociaux particuliers.

1.5 La surmortalité des hommes par suicide

Dans son étude doctorale en psychologie, Houle (2005) présente une synthèse des principales hypothèses expliquant le plus fort taux de suicide des hommes. Les conclusions issues de cette synthèse sont présentées ici et complétées par d'autres données, principalement issues de la sociologie. Bien que Houle présente la masculinité comme une variable impliquée dans la surreprésentation des hommes dans le suicide, les résultats qu'elle obtient à ce propos ont été intégrés dans la section 2.5 sur *les hommes, la masculinité et le suicide*.

1.5.1 Les hommes utilisent des moyens plus violents

Les armes à feu sont de loin les méthodes ayant la plus grande probabilité de causer la mort (St-Laurent et Bouchard, 2004). Celles-ci font habituellement partie de l'univers masculin puisqu'elles sont généralement associées à la chasse. Selon St-Laurent et Bouchard (2004), les suicides par armes à feu auraient diminués de plus de moitié alors que la pendaison aurait doublé entre les périodes 1976 et 2001. Le contrôle grandissant des armes à feu, ainsi que les campagnes de sensibilisation à cet effet expliqueraient ce recul. Chez les hommes, c'est 1 suicide sur 5 qui est complété à l'aide d'une arme à feu contre 1 sur 20 pour les femmes. Au Québec, la pendaison, la strangulation ou l'asphyxie sont également plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, 55.4% contre 46.8%. Les femmes plus enclines à se suicider avec des médicaments et des drogues. Ces moyens sont utilisés dans 1 cas sur 3 chez les femmes et dans 1 cas sur 10 chez les hommes.

Cependant, la question à savoir pourquoi les hommes se suicident plus que les femmes ne peut être entièrement expliquée par la létalité plus grande des moyens utilisés par les hommes. En effet, il importe de comprendre *pourquoi* les hommes tendent à utiliser des moyens plus violents pour mettre fin à leurs jours. S'il est d'usage d'avancer que cette situation est due notamment au fait que les hommes vivent dans un environnement plus violent en général, il y a lieu de questionner l'acceptabilité de l'exposition plus marquée des hommes à des environnements plus violents. Lester (1988) soutient que les moyens plus violents sont davantage acceptables pour les hommes que pour les femmes. Ceci soulève l'hypothèse que la surreprésentation des hommes est liée au fait que l'acceptabilité des moyens varie d'un sexe à l'autre. Les armes à feu sont jugées plus acceptables pour les hommes alors que le mélange médicaments-drogues l'est plus pour les femmes. Une étude de Marks (1977) démontre qu'un peu plus de la moitié des hommes évaluent l'arme à feu comme étant un moyen acceptable de s'enlever la vie, comparativement au tiers des femmes. Pour leur part, les femmes associent généralement l'acceptabilité d'un moyen à l'absence de douleur qu'il peut entraîner. Pour leur part, les hommes s'attardent davantage à sa familiarité, son efficacité, sa rapidité, son accessibilité et à sa facilité d'utilisation. Nous avançons l'hypothèse selon laquelle les armes à feu, de par leur utilisation à la chasse et à la guerre, appartiennent essentiellement à l'univers masculin, en raison des rôles sociaux correspondants à ces activités. La consommation de médicaments en tant que comportement sanitaire, serait davantage associée aux femmes.

À travers les critères d'acceptabilité différents chez les hommes et les femmes, on saisit bien les valeurs qui influencent cette différence. Ainsi, la douleur infligée par un moyen plus violent est un critère secondaire pour les hommes. Ceci n'est pas étranger à la manière dont les hommes sont socialisés. Même avant sa naissance, un ensemble de codes, de normes et de valeurs sociales attendent l'individu. Le chapitre sur la socialisation masculine explore cette question. Une autre question peut donc être soulevée : à un nombre de tentatives égales, pourquoi les hommes affichent un plus fort taux de suicides complétés ? (Stillion, 1984). Ceci nous amène à envisager la problématique sous l'angle de la manière dont les hommes se suicident plutôt que, simplement les raisons qui les poussent à s'enlever la vie. Puisque le moyen utilisé ne suffit pas à expliquer la différence dans le taux de suicides complétés, il est intéressant de réfléchir sur la façon dont ces moyens sont utilisés. En effet, l'étude épidémiologique de Stillion (1984) réalisée aux États-Unis démontre que les hommes complètent davantage leur suicide, quels que soient les moyens utilisés. Ceci signifie donc que, même à moyens égaux, le taux de suicides complétés demeure plus élevé pour les hommes. Cette tendance est corroborée par Hemström (1998), tant en Europe qu'en Amérique du Nord. Les hommes semblent planifier leur suicide avec une « efficacité » à laquelle il est souvent difficile de survivre.

Selon Stillion (1984 : 251), la tentative de suicide serait évaluée selon le jugement dichotomique succès (mort) et échec (survivre). Cette affirmation est appuyée par le témoignage d'une infirmière en salle d'urgence qui souligne que la plupart des hommes qui reprennent conscience après une tentative de suicide disent : « j'ai échoué là-dedans aussi... je ne peux vraiment rien faire correctement ! ». D'après ce témoignage extrait de Stillion (1984 : 251), l'humiliation qui suit une tentative, dont l'issue n'est pas fatale, semble être aussi dérangeante que celle qui a provoqué la tentative. Stillion (1984) ne donne pas d'indications sur la réaction des femmes après une tentative de suicide. Mais selon Dulac (2001), la honte reliée à l'échec serait plus stigmatisante chez les hommes que chez les femmes. L'hypothèse de Dulac (2001) corrobore ainsi les propos de Stillion (1984) dans la mesure où un suicide non complété serait perçu comme un échec de la tentative de mettre fin à ses jours. Lester (1998, cité dans Houle, 2005) souligne la corrélation entre la honte et le risque suicidaire. Ces résultats nous informent sur la différence entre les individus suicidaires et non suicidaires. De leur côté, Hasting,

Northman et Tangney (2000, cités dans Houle, 2005) ajoutent que cette association est particulièrement marquée chez les hommes. Une étude comparative de genre nous permettrait de comparer le sens accordé à la honte de la part des hommes et des femmes, de manière à mieux saisir le rôle de la honte dans la vulnérabilité au suicide.

1.5.2 Les troubles mentaux

Un lot considérable d'études en psychologie et en biologie génétique a été produit pour identifier la présence d'un lien significatif entre le suicide, les troubles mentaux et la toxicomanie. Une recherche de Tanney (2000) sur des autopsies psychologiques¹ de suicidés démontre qu'entre 79% et 100% des victimes présentaient un trouble mental important au moment du décès. Les troubles de l'humeur présentent la plus forte corrélation associée au suicide. Par ailleurs, la schizophrénie - plus fréquemment diagnostiquée chez les hommes - et les troubles anxieux sont également à considérer (Houle, 2005 : 24).

Cependant, le trouble le plus souvent associé au suicide demeure la dépression. C'est en ce sens que Murray et Lopez (1996) présentent le suicide comme la *mort par dépression*. Cette combinaison est abordée par St-Laurent et Bouchard (2004) : la prévalence de la dépression majeure est 1,5 à 2 fois plus forte chez les femmes que chez les hommes. Ce ratio de 2 :1 est répertorié dans la plupart des pays industrialisés (Hemström, 1998; Nolen-Hoeksema, 2003; Stoppard, 2000). Alors que les femmes affichent un taux nettement plus fort de dépression majeure, pourquoi les hommes sont-ils plus nombreux à s'enlever la vie ? Puisque la mortalité est habituellement précédée ou causée par la maladie, il semble effectivement paradoxal que le plus fort taux de mortalité et le plus fort taux de morbidité ne soient pas obtenus par le même groupe de la population (Danielsson et Lindberg, 2001). Une explication peut être articulée autour du rôle de la consommation de substances psychotropes : alcool et drogues principalement. Les hommes affichent une prévalence de troubles reliés aux substances de 2,5 à 4 fois plus forte que les femmes (Houle, 2005). Ces substances peuvent agir de deux façons : d'une part l'abus peut isoler l'individu de son environnement social, et induire une détresse personnelle, coupant ainsi ce dernier du soutien social. D'autre part, l'état d'intoxication

¹ Technique qui consiste à reconstruire l'histoire de vie et les circonstances précédant le suicide d'un individu. La collecte de donnée s'effectue essentiellement par des entrevues avec les proches et le recueil de documents tels que les lettres de suicide.

peut susciter le relâchement des inhibitions et ainsi précipiter ou faciliter le passage à l'acte. Une méta analyse de 65 études médicales révèle que 29% des personnes décédées par suicide étaient en état d'intoxication à l'alcool au moment du décès (Smith, Branas et Miller, 1999).

Essentielles sans être complètes, ces explications contribuent à expliquer la relation entre le suicide et ses principales causes précipitantes comme la dépression et les autres troubles mentaux. Alors que la dépression affecte et fragilise l'état mental, les troubles mentaux et les dépendances peuvent faire diminuer les inhibitions, tant cognitives que comportementales. Ainsi, les pensées et les comportements suicidaires peuvent être plus fréquents et plus envahissants. Ceci peut entraîner un effet de cercle vicieux où, pour contrer l'humeur dépressive, un individu peut recourir aux drogues et à l'alcool. Mais ces derniers, plutôt que de simplement anesthésier le sujet, amplifient les émotions désagréables et abaissent les inhibitions. Il y a donc lieu de croire que le suicide peut être, dans de nombreux cas, le résultat de cette synergie pathologique.

1.5.3 Les hommes, la dépression et les soins

Au-delà de la dépression elle-même se trouve la réaction à celle-ci. Une hypothèse propose que les hommes souffrant de dépression majeure seraient moins bien diagnostiqués (Houle, 2005). À ce sujet, Daigle (2002) met en lumière la double contrainte de l'intervention auprès d'hommes suicidaires : d'une part il est difficile de rejoindre les hommes et d'autre part, les services d'aide sont peu ou pas adaptés aux hommes. Dulac (2001) critique également le manque de compatibilité entre les services de soins et les hommes en détresse. Les hommes attendent plus longtemps avant de consulter un spécialiste en santé mentale, laissant parfois la situation se dégrader dramatiquement. De par ses exigences de stoïcisme, de fierté, de contrôle de son image et d'omniprésence, la masculinité confère aux hommes un plus faible recours au soutien social, favorisant l'isolement en cas de problème. Ceci est particulièrement nuisible dans le cas d'un trouble mental. Ainsi, il n'y a pas de réponse simple : aucun trouble mental ne peut expliquer à lui seul la surmortalité des hommes par suicide.

1.5.4 L'agressivité

Dans son analyse des études portant sur les origines biologiques et sociales de l'agressivité, Houle (2005) conclut que même si plusieurs études confirment le lien entre l'agressivité masculine et les comportements suicidaires, il est toutefois difficile de déterminer lequel de la biologie ou de la société – de la nature ou de la culture – exerce l'influence prépondérante sur la plus grande propension des hommes à compléter leur suicide.

1.5.5 L'acceptabilité du suicide

Les attitudes envers le suicide sont une autre variable qui entre en ligne de compte pour comprendre la plus grande propension des hommes à compléter leur suicide. Les hommes semblent plus nombreux à considérer comme acceptable le droit d'une personne à s'enlever la vie et ces derniers évaluent moins négativement les situations fictives où les personnages s'enlèvent la vie (Houle, 2005 : 38). Non seulement les hommes évaluent moins négativement le suicide, mais selon les normes sociales en Amérique du Nord, l'acceptabilité du suicide est plus grande pour les hommes que pour les femmes (Houle, 2005 : 42). Houle souligne toutefois que la plupart de ces études ont été réalisées auprès des étudiants universitaires américains. Ceci constitue une limite importante à considérer pour une éventuelle généralisation des résultats.

Des conditions de vie particulièrement violentes, induites par l'implication et l'exposition des hommes dans des milieux particulièrement violents et dangereux, pourrait avoir amené les hommes à développer une certaine indifférence à la mort (Pollack, 1999). Ce stoïcisme se veut donc une stratégie d'adaptation à l'environnement et ce, spécialement dans les siècles qui nous ont précédés. Auparavant, la mort prématurée et violente était chose beaucoup plus commune qu'aujourd'hui. En temps de guerres, aussi nombreux et sanglants ont-elles été, l'indifférence à la mort était une stratégie de survie dans un milieu où il était plus que fréquent de voir des gens proches mourir de manière violente. Cette particularité de l'univers masculin n'est peut-être pas étrangère avec la plus grande acceptabilité que ces derniers témoignent pour le suicide. De plus, les hommes sont largement surreprésentés dans toutes les formes de mortalité violente (Courtenay, 2000a). Nous faisons cependant face au problème de la poule et de l'œuf : est-ce que les hommes ont d'abord développé des attitudes plus froides à l'égard de la mort, rendant les activités

et les comportements potentiellement mortels plus accessibles ou est-ce l'inverse, la plus grande exposition des hommes à des situations létales les ayant amenés à être moins sensibles que les femmes à cet égard ? Quoi qu'il en soit, il n'en demeure pas moins qu'il semble difficile, voire incompatible de valoriser de sains comportements et de saines habitudes de vie chez les hommes dans un contexte culturel où la performance de l'identité masculine est établie notamment à travers l'exposition volontaire à des situations dangereuses (Synnott, 2001).

1.5.6 Le recours à la demande d'aide formelle

D'après le Rapport Rondeau (2004) sur la condition masculine en santé, les hommes sont toujours proportionnellement moins nombreux que les femmes à consulter un professionnel de la santé. La réticence des hommes à la demande d'aide constitue certainement un facteur facilitant l'aggravation d'un état mental pathologique et potentiellement dangereux pour la personne elle-même (Dulac, 2001; Houle, 2005; Daigle, 2002; Daigle et Gariépy, 2003; Dulac, 2001; Rondeau, 2004; Tremblay, Cloutier, Antil, Bergeron et Lapointe-Goupil, 2005).

À cela, nous ajoutons l'observation de la demande d'aide des hommes à l'intérieur des rôles sociaux. Dans la distribution des rôles sociaux de sexe, les hommes ont hérité ou se sont accaparé l'essentiel du rôle de protecteur. Selon Farrell (1993) c'était autrefois la tâche indiscutable des hommes de protéger, dans l'ordre, les enfants, la femme et la communauté. Encore aujourd'hui, ce modèle garde une certaine pertinence. Mais qui protège l'acteur social qui a le rôle de protecteur ? Si son rôle est de protéger, le dévoilement d'un besoin d'aide peut être interprété comme une défaillance de ce rôle premier. En effet, plusieurs hommes tendent à considérer la demande d'aide au plan personnel comme l'imposition d'un fardeau à autrui, ce qui réduit considérablement l'acceptabilité de la demande d'aide chez les hommes particulièrement. Il serait cependant essentiel d'obtenir une étude comparative avec les femmes à ce sujet. Cette question sera approfondie dans le chapitre sur l'intervention auprès des hommes.

1.5.7 Le soutien social

Toujours dans la synthèse de Houle (2005), le rôle du soutien social est abordé dans la

problématique du suicide chez les hommes. Alors que la famille constitue le premier lieu de socialisation, elle est également l'agent qui contribue le plus à la prévention des troubles psychologiques et des comportements suicidaires (p. 58). Cependant, ce n'est pas seulement la famille en soi qui a un effet significatif, mais bien l'effet tampon qu'elle opère entre l'individu et le stress. L'individualisme extrême dont font mention les théories postmodernes (Beck, 1991, Bauman, 1992, Clain, 2000 ; Dagenais, 2005 ; Eckersley et Dear, 2002 ; Ritzer, 1997 ; Dagenais, 2005 ; Willis et coll., 2002) concernent spécifiquement le rôle du soutien social et son affaiblissement récent, caractérisé par le fait que les individus sont de plus en plus laissés à eux-mêmes, tant dans la construction identitaire, dans la vie quotidienne ou dans les états de crise (Houle, 2005 : 44).

1.5.8 L'intégration sociale : les rôles de conjoint, de père et de travailleur

C'est à l'intégration sociale que Durkheim (1999) attribue la principale cause du suicide, tant dans son excès (suicide altruiste) que dans son manque (suicide égoïste). Cependant, les suicides altruistes comme les attentats-suicides et les kamikazes étant très rare dans les sociétés occidentales actuelles, c'est sur le manque d'intégration sociale - en tant que cause du suicide - que repose donc l'essentiel de la contribution durkheimienne. Deux espaces de socialisation sont habituellement mentionnés dans la problématique du suicide chez les hommes, soit la famille et le travail. C'est d'ailleurs à ces espaces que réfère Holter et coll. (2000 : 85) au sujet des « hommes doublement marginalisés » : sans emploi et sans conjointe. Le lien avec le suicide n'est pas nécessairement dans l'accomplissement des rôles paternels et professionnels, mais bien le retrait ou la perte de ces rôles qui constitue un événement potentiellement suicidogène.

L'espace familial comprend la relation conjugale et la relation paternelle. Le second espace d'intégration sociale est le travail, essentiellement abordé à travers le rôle de producteur et les liens sociaux avec le milieu. Les sections suivantes présentent comment la rupture de ces liens contribue à expliquer la surreprésentation des hommes dans le suicide.

1.5.9 La rupture conjugale

Depuis près de 30 ans, plusieurs auteurs identifient la rupture amoureuse (divorce

et séparation) comme un facteur de risque de suicide plus important chez les hommes que chez les femmes (Bloom, Asher, & White, 1978; Braver & O'Connell, 1998; Gerstel, Riessman, & Rosenfield, 1985; Lester, 1994; Gouvernement du Québec, 2006; Hemström, 1998; Perrault, 1990). Le développement de symptômes nécessitant une intervention psychiatrique comme l'hospitalisation est plus fréquent chez les hommes séparés que chez les femmes de même statut marital. Dans le même sens, Statistique Canada (Rotermann, 2007) révèle que la rupture amoureuse aurait un effet plus négatif sur la santé mentale des hommes que sur celle des femmes. Ainsi, le risque que les hommes séparés déclarent des symptômes de dépression est six fois (6x) plus élevé que chez les hommes mariés, ce taux est de trois fois et demie (3,5x) chez les femmes.

1.5.10 La perte des responsabilités paternelles

Selon l'anthropologue Margaret Mead, le père serait « une nécessité biologique, mais un accident social » (cité dans Roberts et Mosely, 1996). Avec une telle représentation des hommes en tant que pères, il y a lieu de se questionner au sujet de la reconnaissance du rôle paternel. Selon le Rapport Rondeau (2004), le lien social entre les hommes et la famille semble effectivement faible et fragile dans plusieurs cas et cette situation nécessite un réajustement des ressources institutionnelles pour hommes et une meilleure valorisation du rôle de père (p. 16).

Au Québec, les femmes sont demanderesses de 74,7% des requêtes de divorce et 80,6% des requêtes de séparation. Dans ces cas, le recours à l'aide juridique varie selon le sexe de la personne qui en fait la requête : lorsque la femme seule demande l'aide juridique, le taux d'obtention est de 45,6% (pour les cas de divorce) et 69,8% (pour la séparation). Lorsque l'homme seul présente cette demande, le taux d'obtention chute à 29,6% dans le cas du divorce et à 37,3% pour la séparation (Joyal et coll., 2003 : 15; cité dans Rondeau, 2004). Évidemment, seules les personnes bénéficiant de l'aide juridique ou possédant moyens financiers suffisants peuvent s'assurer à longs termes d'une représentation adéquate devant les tribunaux. Le Rapport Rondeau (2004) indique que « plusieurs hommes abandonnent ainsi leurs revendications ou la défense de leur droits faute de moyens financiers suffisants » (p. 17). Il est également possible que la moindre

importance accordée par les hommes aux rôles familiaux les amène à se battre de manière moins intense que les femmes pour la garde des enfants. Dans certain cas, l'accès à l'aide juridique, plus difficilement accessible pour la classe moyenne que pour les personnes à faible revenu, pourrait ainsi être défavorable à l'homme dans l'accomplissement de son rôle de père et peut donc affaiblir l'effet protecteur que procure le lien social de la famille.

Le phénomène du père absent est aussi à considérer dans le rôle de l'intégration – manque d'intégration – sociale dans la famille. Popenoe (1996) souligne qu'entre 1960 et 1990 aux États-Unis, le pourcentage d'enfants vivant sans leur père biologique est passé de 17% à 36% suite à l'augmentation du nombre de divorces. Alors que ces chiffres ont ainsi doublé en trente ans, ils atteignent 50% au tournant du siècle. Tandis que le fait d'avoir des enfants est associé à des taux de mortalité plus faibles, du moins à ce qu'en révèlent une étude suédoise (Hemström, 1998), la séparation père-enfants laissent paraître un effet néfaste sur l'intégration sociale des hommes par le milieu familial. Les recommandations du Rapport Rondeau (2004) sur la condition masculine abondent dans le sens des recherches mentionnées plus haut, en incitant sur les mesures gouvernementales qui tiennent compte des besoins des pères et protègent le lien père-enfant. La promotion des ressources communautaires de soutien aux pères est également mentionnée dans le Rapport (p. 34).

1.5.11 La perte du travail

L'intégration sociale s'effectue et se perd également par le travail rémunéré². Le travail constitue un lieu de socialisation privilégié des hommes – et de plus en plus pour les femmes – en plus d'être un lieu de prédilection pour le développement de l'identité et des rôles sociaux. La division sociale du travail entre les hommes et les femmes a traditionnellement fait en sorte de confier la plupart des tâches à l'extérieur du domicile aux hommes : chasse, pêche, guerre, conquêtes, défense, construction, économie, politique, exploration maritime, terrestre et spatiale, etc. Les hommes étant traditionnellement les premiers impliqués dans le travail, les changements à ce niveau

² Dans ce chapitre, le *travail* réfère exclusivement à sa dimension extérieure aux tâches domestiques.

touchent ainsi les hommes en premier lieu comme l'avancent les théories postmodernes au sujet du déclin de l'ère industrielle (Dagenais, 2005). Le travail octroie un sens et place l'individu en relation avec un environnement social, duquel il peut bénéficier d'une forme de soutien. Houle (2005) incite les recherches futures à aborder la signification des pertes de rôles sociaux et le lien possible avec le désir de s'enlever la vie auprès des gens qui ont fait une tentative de suicide (p. 73). L'accent mis sur la signification de la perte constitue un changement important dans l'approche utilisée pour aborder le suicide chez les hommes. Le chapitre 3 sur la méthodologie couvre cette question de l'approche quantitative (le nombre de pertes vécues) et qualitative (la signification des pertes).

En guise de conclusion, nous retenons que, malgré la lumière jetée par les nombreuses recherches mentionnées, il importe de mettre la problématique du suicide dans une certaine perspective. Mishara (2003) indique que parmi toutes les personnes qui font l'expérience de conditions particulièrement suicidogènes, une faible proportion de celles-ci feront effectivement une tentative de suicide. C'est-à-dire que l'on retrouve chez les personnes suicidaires un ensemble plutôt cohérent de caractéristiques psychologiques et sociales pouvant expliquer leur comportement. Mais à l'inverse, ces caractéristiques particulières ne sont pas partagées que par des gens en crise suicidaire. La majorité des personnes qui affichent des facteurs de risque élevé de suicide ne passeront jamais à l'acte. Ainsi, le suicide ne peut être un phénomène uniquement social ou uniquement psychologique. C'est dans cette perspective multidimensionnelle que cette étude est abordée.

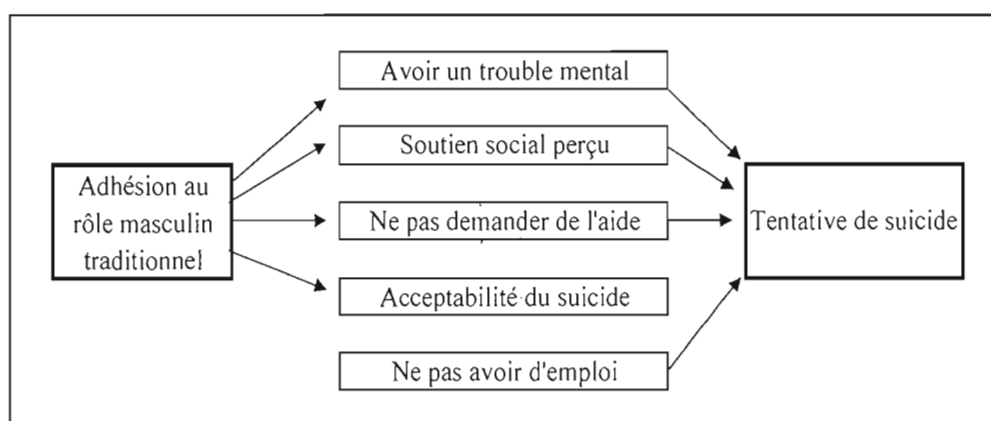
Aucune variable énoncée ne peut expliquer à elle seule la surmortalité des hommes par suicide (Houle, 2005; Mishara, 2003). La clé se situe probablement dans la combinaison de celles-ci. Alors que beaucoup d'efforts sont déployés pour trouver l'équation qui prédira le plus précisément le risque suicidaire, d'autres chercheurs tentent de comprendre comment l'identité de genre des hommes – la masculinité – pourrait médiatiser les variables mentionnées et les transformer en agents potentiellement suicidogènes comme l'illustre le modèle final de prédiction de la tentative de suicide chez les hommes (Houle, 2005).

« L'adhésion au rôle masculin traditionnel fragiliserait l'état mental et en inhibant les facteurs de protection que sont la demande d'aide et le soutien

social. Lorsque l'on ajoute à ces trois prédicateurs le statut d'emploi, sur lequel l'adhésion au rôle masculin traditionnel n'a pas d'influence, on obtient un modèle de prédiction qui explique 57% de la variance. » (p. 188).

Les résultats de cette étude indiquent que la relation de médiation ne s'applique toutefois pas à l'acceptabilité du suicide. En présence de l'adhésion au rôle masculin traditionnel, l'acceptabilité du suicide n'est plus un prédicateur significatif de la tentative de suicide.

Tableau 1 : Modèle final de prédiction de la tentative de suicide chez les hommes (Houle, 2005)



Source : Houle, J. (2005), *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez les hommes qui ont fait une tentative de suicide*. Page 162.

Alors que diverses sciences s'affairent à démystifier le lien entre les troubles mentaux et le suicide *chez les hommes*, bien peu d'investigation a été faite à analyser les troubles mentaux et le suicide *en tant qu'homme* : c'est-à-dire, comment la masculinité modifie la manière de vivre, d'interpréter et de réagir aux événements entourant une crise suicidaire et de comprendre la signification du suicide à l'intérieur du cadre socioculturel dans lequel il s'inscrit. Pourtant, les connaissances actuelles convergent vers l'identification de la masculinité comme un champ d'investigation à privilégier pour comprendre la problématique du suicide chez les hommes (Dulac, 2001; Hemström, 1998; Houle, 2005; Rondeau, 2004; Stanistreet, Scott-Samuel, Bambra, 2005; Synnott, 2005; Tremblay et coll, 2005).

La dimension sociale nécessite une attention particulière puisque c'est par elle que la

masculinité peut, entre autres, être analysée. Le Canada, qui aspire à l'égalité des sexes par ses politiques sanitaires, se doit de considérer les inégalités attribuables aux rôles sociaux de sexe et à leurs impacts sur la santé des hommes et des femmes (Santé Canada, 2003). Dans la thématique qui nous concerne, le besoin de recourir à la perspective de genre réside entre autres dans la nécessité décrite par Stillion (1984) et Préjean (1994) de réfléchir sur le coût social fondamental de la socialisation au niveau des rôles sexuels tant chez les hommes que chez les femmes. Si la mortalité par suicide est une problématique principalement masculine, il y a lieu de se demander si la prise en charge institutionnelle des hommes en crise suicidaire doit porter une attention particulière au rôle de la masculinité, sa construction, ses repères, ses normes, à son impact sur la santé des hommes, et à la place qu'elle occupe dans le processus de crise suicidaire, dans la demande d'aide et dans la relation thérapeutique.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

Les recherches présentées dans la description de la problématique identifient clairement la pertinence de recourir à une approche qui permette de mieux comprendre comment la masculinité, à travers ses normes et ses rôles prescrits, est impliquée dans un processus de crise suicidaire. Ce deuxième chapitre présente le cadre théorique utilisé pour aborder notre objet de recherche. Ce cadre déterminera la perspective à partir de laquelle nous examinerons la négociation de la masculinité durant un processus de crise suicidaire, mais également la question de recherche et la méthodologie retenue.

Afin de bien comprendre la masculinité et d'établir son rôle dans la problématique du suicide chez les hommes, il importe tout d'abord de définir la masculinité en tant que concept théorique. Ce chapitre aborde donc, dans l'ordre, les cinq thèmes suivants : 1) l'approche socioconstructiviste et sa pertinence pour l'analyse du suicide, 2) la perspective de genre en santé, 3) les caractéristiques de la masculinité, 4) les relations entre masculinité et santé, et 5) les relations entre masculinité et suicide. Ce chapitre se termine par la formulation de notre question de recherche.

2.1 L'approche socioconstructiviste

Selon DeLamater et Shibley Hyde (1998), les individus s'engagent toujours dans une réalité socialement construite à travers les relations interpersonnelles et les relations macrosociales. De la même manière, Lupton (2000) décrit le socioconstructivisme comme une perspective selon laquelle la connaissance est perçue comme un assemblage de croyances créées à travers les interactions humaines et les significations préexistantes.

C'est ainsi que tout ce que nous savons, pensons et expérimentons, est influencé par notre position spécifique à l'intérieur d'une société et d'une culture (p. 51). Ce relativisme socioculturel s'oppose donc au positivisme, qui est davantage intéressé par la quête d'un savoir objectif, scientifiquement acquis et généralisable (OliFFE, 2006). La santé est décrite par Lupton (2000) en tant que produit socioculturel, de là découle la pertinence d'analyser la nature de ses représentations sociales et culturelles, ainsi que les significations symboliques qui les entourent (p.50). Quant à la masculinité, elle est aussi considérée par plusieurs auteurs comme un produit socioculturel, dont certaines recension des écrits en soulignent le relativisme anthropologique (Synnott, 2001 et 2005) et sociologique (Ekenstam, 2005).

Le socioconstructivisme nous apparaît donc comme la position épistémologique la plus adaptée pour analyser le rôle des normes de la masculinité dans le processus de crise suicidaire chez les hommes. C'est dans cette perspective que nous aborderons les *rapports aux normes*. Nous définissons ces rapports comme les relations de conformité ou de désobéissance qu'entretient un individu avec les normes sociales et les rôles sociaux sexe auxquels il appartient, et dont l'issue détermine la construction de l'identité de genre.

2.2 *La perspective de genre en santé*

Une approche épistémologique permet de saisir les conditions dans lesquelles l'étude des différences entre les hommes et les femmes se sont développées : d'abord considérées comme innées et immuables, un courant de pensée émergea, représentant ces différences comme étant essentiellement culturelles, avec des variations temporelles, géographiques et sociales (Connell, 1995). Le développement des connaissances et des théories concernant cette distinction provient en grande partie des études féministes, et tout spécialement dans le champ de la santé (Guydon et Messing, 1996 ; Hammarström, Härenstam et Östlin, 2001 ; Lupton, 2000, Nolen-Hoeksema, 2001).

Johannisson (2001) explique qu'au cours du 19^e siècle, la conception du corps de la femme s'est transformée radicalement. D'abord considéré comme un corps masculin non développé, le corps de la femme est devenu une entité en soi, permettant ainsi de

conceptualiser un modèle à deux corps distincts (p. 99). Selon Laqueur (1994), ce changement ne s'est pas effectué sous l'influence d'une percée scientifique, mais simplement à travers une reconstruction culturelle du savoir. C'est dans la psychologie sociale des années 1970 que Rubin (1975) élaborait la distinction entre *sex* et *gender*. Le terme *gender* était employé pour séparer le sexe biologique de la construction sociale, culturelle et symbolique de la féminité et de la masculinité (Hammarström, Härenstam et Östlin, 2001 : 3).

Cette conceptualisation anglaise de *sex* et *gender* a été traduite en français par la dualité *sexe* et *genre* ou par *sexe biologique* / *sexe social*. Santé Canada (2003) a publié le document *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social* dans lequel ces deux termes sont employés dans un sens équivalent : le sexe biologique est dichotomique et biologiquement déterminé par les chromosomes, les organes sexuels internes et externes, les hormones sexuelles et les caractéristiques secondaires de sexe. La recherche sur le sexe biologique vise principalement à savoir comment le sexe biologique influence et détermine les différences biologiques et génétiques, ainsi que leur implication possible dans la vulnérabilité et la résistance aux maladies (p. 5-6). Pour le sexe social, Santé Canada utilise une définition similaire à celle de Rubin (1975) et Hammarström, Härenstam et Östlin (2001) : le sexe social (le genre) est de nature psychologique et culturelle. Au contraire du sexe biologique, le sexe social est plutôt conceptualisé sur un continuum. Il fait référence aux constructions symboliques, à la fois culturelles et sociales, relatives à la féminité et à la masculinité inhérentes à chaque société. Cette distinction entre le sexe et le genre a permis une véritable révolution du savoir concernant la santé des hommes et des femmes (Santé Canada, 2003 : 14).

C'est dans cette perspective qu'est développée l'analyse comparative entre les sexes, qui vise, non seulement à comprendre la construction du genre et l'impact de celle-ci sur la santé d'une population, mais surtout à réduire les inégalités sociales de santé qui découlent des différences de genre (Hammarström, 1998 ; Santé Canada, 2003). Si l'égalité sociale en santé est un but visé par beaucoup, les recherches effectuées dans les pays scandinaves ont largement contribué au développement de cadres théoriques en ce sens. C'est ainsi que bon nombre de chercheuses et chercheurs de cette région ont étudié les liens possibles entre la construction du genre et la distribution des taux de morbidité et de mortalité selon les sexes. Il s'agit ici de comprendre comment la socialisation respective

des hommes et des femmes forme et contribue aux inégalités entre les sexes en santé, telles que les variations importantes des taux de morbidité et de mortalité. Hammarström, Härenstam et Östlin (2001) définissent les objectifs de la recherche de genre en santé comme suit :

« Une question fondamentale est la relation entre le pouvoir et le genre et ses conséquences sur la santé publique. Les objectifs sont d'une part, de développer de nouvelles théories et méthodes, ainsi que de réviser celles déjà existantes. D'autre part, il importe de chercher un savoir systématique et compréhensif à propos du sens des constructions de genre, de l'importance des relations de genre et le rôle des différences entre sexe et genre dans la distribution inégale de la santé d'une population ».³

L'étude des effets de la construction sociale de genre sur la santé d'une population donnée représente donc un objectif de recherche privilégié pour notre problématique. Cette approche est intéressante puisqu'elle considère la construction même de la masculinité et de la féminité comme une variable qui influence la santé. Dans ses travaux sur les différences de genre dans la distribution des taux de morbidité et de mortalité, Hemström (1998) soutient que la division sociale des rôles identitaires de genre a un impact sur la distribution de la morbidité et de la mortalité, soulignant le paradoxe de genre où les femmes affichent de plus forts taux de morbidité et les hommes de plus forts taux de mortalité. Si plusieurs études ont été réalisées sur les femmes et sur les effets des rôles sociaux associés à la féminité (voir à ce sujet une recension des écrits proposée par Noleen-Hoeksema, 2001), il est possible d'aborder la même question au sujet des hommes et de la masculinité. La pertinence de cette approche pour les hommes est soulignée par Johannisson (2001) : « Pour approfondir la compréhension de la relation des hommes à la santé et à la maladie, il importe de savoir comment la culture forme et modifie le concept de masculinité, d'identité de genre masculin et la perception de soi des hommes » (p. 125). L'approche proposée par Johannisson (2001) soulève la pertinence de recourir à l'étude de genre pour appuyer la manière dont la masculinité est impliquée dans le processus de crise suicidaire. C'est donc à l'aide d'une perspective de genre que seront abordés les thèmes de la masculinité et du suicide dans ce mémoire.

Selon Stillion (1984), le premier exercice de catégorisation que les enfants sont appelés à

³ Hammarström, A., Härenstam, A., Östlin, P. (2001) *Gender and health: Concepts and explanatory models*. Page 4. Traduction libre.

faire est la différenciation de sexe. À ce sujet, Simone de Beauvoir (1972) précise qu'« On ne naît pas femme, on le devient ». Bien sûr, nous naissons tous avec une construction biologique qui, en interaction avec l'environnement physique et social, déterminera certaines caractéristiques sexuelles. Il en est ainsi des caractéristiques sexuelles primaires et secondaires : hormones et organes sexuels. Au-delà de ça, les codes de conduite dits « masculins » ou « féminins » relèveraient de la construction sociale (Hammarström, Härenstam et Östlin, 2001). Pour Pleck et al. (1994), les femmes et les hommes pensent et agissent comme ils et elles le font non pas à cause de leurs traits identitaires ou psychologiques, mais bien en fonction du concept de masculinité et de féminité imbriqués dans leur culture. Il s'agit d'un ensemble de relations socialement construites qui sont produites et reproduites à travers les actions des individus (Gerson et Peiss, 1985; cité dans Courtenay, 2000a).

Ainsi, le genre ne réside pas tant à l'intérieur des individus eux-mêmes, mais bien dans les interactions sociales qui comportent une dimension de genre. Courtenay (2000a) suggère que le genre peut être interprété sous un angle socioconstructiviste, comme une structure sociale dynamique dont l'origine relève des significations culturelles et subjectives, lesquelles sont en changement constant et varient selon le temps et l'espace (p. 1387). En référence aux stéréotypes masculins et féminins, qui font l'objet d'un fort consensus social (Pleck, 1987), les gens sont contraints de se conformer aux modes de pensée et de comportement inhérents aux formes dominantes de masculinité et de féminité. Du point de vue socioconstructiviste de Courtenay (2000b), les hommes et les femmes ne sont pas de passives victimes des rôles socialement prescrits ou bien de simples individus conditionnés ou socialisés par leur culture de référence. Ils sont plutôt des agents actifs dans la construction et la reconstruction des normes dominantes de la masculinité et de la féminité. Ce concept d'agents actifs, soit le rôle joué par les individus dans l'exercice du pouvoir dans la production d'effets sur leur vie, est central à la perspective socioconstructiviste (p. 1388). Il s'oppose ainsi à la représentation des rôles en tant que programmation sociale où l'environnement (agent actif) façonnerait l'individu (agent passif). En effet, dans la mesure où on considère les pratiques et les interactions sociales comme la manifestation des rôles sociaux, il faut reconnaître la diversité avec laquelle ces rôles prennent corps dans les individus.

2.3 *La masculinité*

Cette section aborde le processus de socialisation masculine et les théories de la masculinité en lien avec notre problématique. Si la mortalité par suicide est devenue en Occident une problématique essentiellement masculine, il est intéressant de considérer le questionnement que plusieurs auteurs articulent au sujet du processus par lequel les garçons deviennent des hommes : la socialisation masculine, qui peut être définie comme le processus d'assimilation des normes et des représentations symboliques de la masculinité (Connell, 1995, 2003; Courtenay, 2000ab, 2002; Dulac, 1994, 2001; Dorais, 2000; Farrell, 1993; Daigle, 2002; Daigle et Gariépy, 2003; Hemström, 1998; Johansson, 2001; Pollack, 1999; Prejean, 1994; Synnott, 1997).

2.3.1 *La socialisation masculine*

La socialisation débute selon Dulac (2001), dès l'enfance (socialisation primaire) et s'opère sous la forme d'un processus continu. Les enfants intègrent les valeurs et les normes favorables à l'adhésion aux rôles masculins et féminins. C'est ainsi que les garçons apprennent comment devenir un homme et comment les filles deviennent des femmes. Les processus et les mécanismes nécessaires à la construction de l'identité et à l'adhésion aux valeurs dominantes sont actifs bien au-delà de l'enfance et se poursuivent ainsi tout au long de la vie : c'est la socialisation secondaire. Les institutions sociales comme la famille, le travail, la religion fournissent des repères sociaux. Nous tenons également à ajouter l'industrie du divertissement comme institution qui fournit des repères sociaux et des modèles identitaires (Connell, 1995). Dans une société où la popularité des *Beatles* est comparée à celle de Jésus-Christ, où la participation du public à *American Idol* est comparée à celle des élections présidentielles américaines, nous ne pouvons omettre cette source de socialisation bien particulière. Les vedettes du petit et du grand écran, de la musique pop et alternative, de la virgine et osée Britney Spears au controversé Marilyn Manson et tout ce qu'il y a entre les deux, ces acteurs sociaux constituent une source importante de socialisation en raison des modèles identitaires qu'ils représentent. En effet, la (re)production des modèles identitaires s'effectue de plus en plus par les représentations médiatiques de la culture populaire.

D'un point de vue systémique, nous pouvons comparer la socialisation à un processus de

programmation effectué en vue d'accomplir un certain nombre de tâches à l'intérieur d'un système organisé et complexe. Ces rôles représentent la façon dont l'individu contribue à l'ensemble du système ou à une subdivision qui la compose. Il en est ainsi pour tous les rôles sociaux (Becker, 1985). Il est intéressant de remarquer qu'en Suède, les pierres tombales des hommes portent souvent le métier du défunt au côté de son nom. Ceci témoigne de l'importance du rôle social pour l'identité individuelle. Bien qu'au Québec, cette pratique ne soit réservée qu'à certains politiciens (anciens premiers ministres, sénateurs, etc.), il n'en demeure pas moins que les gens à la retraite s'identifient à partir de leur profession d'antan : « professeur à la retraite, retraité de la fonction publique, etc. ».

Pour Ferréol et coll. (2002), les rôles sont des « configurations de modèles de conduites relativement stables associées à une position ou une fonction dans un système » (p. 197). Pour sa part, la socialisation renvoie au processus d'assimilation de ces rôles. Ces derniers forment et modèlent la façon dont l'individu se représente sa propre personne, le monde qui l'entoure et les attentes de ce monde envers lui. Toujours selon Ferréol et coll. (2002), l'individu en vient donc à construire une partie importante de son identité à partir des rôles qu'il assume.

D'après Dulac (2001), l'individu utilise ces repères pour construire son image de soi, d'une part par sa propre perspective, d'autre part par le reflet que l'environnement social lui fournit. La société est un système d'une grande densité et d'une grande complexité qui requiert la fragmentation de sa réalité par et pour les individus. C'est pourquoi cette complexité est tangible grâce au recours aux modèles identitaires : la fragmentation du tout en catégories intelligibles. Chaque individu utilise ainsi un nombre limité de modèles et de *rôles socialement significatifs* (p. 18). Ces modèles remplissent les fonctions suivantes : (1) se (re)connaître soi-même, (2) identifier les autres, (3) être identifié et reconnu par les autres.

« Qu'est-ce qu'un homme? Comment définit-on un homme? » Bien que fondamentales, ces questions ne comportent pas de réponse claire. Les hommes ne sont pas tous identiques, mais ils ne sont pas non plus totalement différents entre eux (Synnott, 2001). Pour O'Neil (1981), la socialisation masculine est un processus qui nécessite à la fois la reconnaissance des stéréotypes masculins et l'assimilation des normes masculines.

2.3.2 Les stéréotypes masculins

La construction de la masculinité s'effectue en partie par la reconnaissance et l'identification aux stéréotypes masculins que Pleck (1994) définit comme étant les caractéristiques surgénéralisées que les membres de la catégorie biologique « homme » doivent acquérir. Ces stéréotypes fournissent des lignes directrices dont la combinaison permet de s'identifier et d'être identifié en tant qu'homme. Dans une approche anthropologique, Synnott (2001) met en lumière les dimensions universelles et les particularités propres à différentes cultures au sujet de la masculinité. Cet auteur souligne la place prépondérante qu'occupent la bravoure, le stoïcisme et le contrôle émotionnel dans l'attitude attendue du guerrier. Ce stéréotype, bien que moins fréquent de nos jours, du moins au Québec, demeure un stéréotype qui marque l'imaginaire collectif. Toujours d'après Synnott (2001), la masculinité exerce une pression sociale, à travers toutes les cultures, pour que les hommes se conforment à l'image du travailleur acharné, autonome et responsable. Plus que tout, le *héros* constitue probablement le modèle masculin le plus fort, le plus valorisé et le plus répandu à travers les cultures (p. 213). Toujours selon Synnott (2001), les guerres, tout comme le sport et les compétitions constituent un espace social où la masculinité est exprimée, diffusée et surtout, performée (p. 216).

Selon Mosse (1996) le stéréotype masculin nécessite une image contrastante ou un contre-stéréotype pour construire sa propre définition. Les individus positionnés en-dehors de la norme sociale – soit les marginalisés – fournissent les caractéristiques dont le contraste permet la représentation du stéréotype. Pour Ekenstam (2005), les malades mentaux, les vagabonds, les criminels et les homosexuels fournissent tous au stéréotype masculin les représentations de ce contre-stéréotype. Il est intéressant de remarquer que ces traits – malades mentaux, vagabonds, criminels et homosexuels – ont tous été considérés par le corps médical comme des formes de déviations exigeant souvent l'internement (Foucault, 1961). Quand à l'homosexualité, ce n'est qu'en 1969 qu'elle est décriminalisée au Canada et en 1976, l'American Psychiatric Association abandonne sa définition de l'homosexualité en tant que déviance sexuelle dans le DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

2.3.3 Les normes de la masculinité

Depuis les années 1970, les principales normes de la masculinité, aussi appelées *règles de la masculinité*, auraient peu changé selon les écrits portant sur le sujet (Dorais, 2000 ; Dulac, 2001 ; Houle, 2005 ; Pollack, 1999). Goldberg (1977) défend que les garçons apprennent très tôt comment être un homme : fort, silencieux, stoïque et indépendant. Jourard (1971) corrobore cette analyse avec sa synthèse du modèle masculin socialement prescrit. Celui-ci exige des hommes qu'ils soient non communicants, compétitifs, peu généreux et stoïques (*inexpressives*). Les hommes seraient également socialisés de manière à évaluer le succès selon des accomplissements externes. Les travaux de Cheng (1999) indiquent les caractéristiques de la masculinité les plus susceptibles d'être transmises par la socialisation, sont : l'agressivité, la compétitivité, la domination, les prouesses sexuelles et athlétiques, le contrôle et le stoïcisme. Pour leur part, David et Brannon (1976) ont examiné les thèmes émergents en ce qui a trait aux stéréotypes des rôles sexuels masculins. Selon eux, les hommes apprennent quatre impératifs de base : *Ne pas agir en tapette* (no sissy stuff), ce qui implique qu'un homme doit agir différemment des femmes à chaque occasion. *Être supérieur aux autres* : ce qui exige une attitude compétitive plutôt que coopérative. *Être un arbre robuste* : l'homme doit être une personne indépendante et ne se fier qu'à soi, autant que possible. *Écraser ses compétiteurs* : le succès d'un homme réside dans sa capacité à dominer les autres. Pour ce faire, la violence, l'hostilité et l'agression tendent à faire partie de son mode de vie.

Les règles qui entourent la socialisation masculine semblent ainsi particulièrement violentes, tant envers les femmes, envers les autres hommes et envers l'individu lui-même. Cette perspective est d'ailleurs soutenue par Préjean (1994) et Kimmel (1996) qui questionnent le rapport coût / bénéfice de la socialisation masculine et du patriarcat. À ce sujet, Stillion (1984) et Synnott (2005) affirment pour leur part que les hommes gagnent en fierté à risquer leur vie dans un environnement soi-disant masculin.

2.3.4 La masculinité hégémonique

En approfondissant les connaissances sur l'identité de genre à l'intérieur d'un cadre socioconstructiviste (Connell, 1993, 1995, 2003 ; Courtenay, 2000a; Oliffe, 2006 ; Synnott, 2001) des chercheurs ont décrit la complexité de la masculinité pour l'aborder dans une perspective pluridimensionnelle : *les masculinités*. Bien que la plupart des

auteurs définissent de manière globale et générale *la* masculinité, comme c'est le cas pour David et Brannon (1976) et Préjean (1994), d'autres auteurs restreignent cet ensemble descriptif à une forme bien précise de masculinité – la masculinité hégémonique – et non à toutes les formes qu'elle peut prendre.

Connell (1995) a développé une théorie *des masculinités*, qui est une des principales références sociologique du genre masculin, aussi bien utilisée en psychologie (Courtenay, 2000a,b), en sciences infirmières (Oliffe, 2006), en histoire (Ekenstam, 2005) en santé publique (Stanistreet, Scott-Samuel et Bambara, 2005) en anthropologie (Synnott, 2005) et en service social (Tremblay et coll., 2005, 2007). Dans la théorie de Connell, au sommet de la hiérarchie des masculinités se trouve la masculinité hégémonique, porteuse du discours dominant au sujet de la façon dont un homme doit être, penser et agir. Mais surtout, elle est porteuse de la signification et de la manière dont un homme doit opérer les relations sociales avec les femmes et avec les autres hommes. La masculinité hégémonique encourage la suppression des émotions, la violence, la compétition, la prouesse athlétique et sexuelle, le contrôle (de soi et de l'environnement), le stoïcisme, la prise de risques, la consommation abusive d'alcool et rend obligatoire le rôle de pourvoyeur (Connell, 1995 ; Oliffe, 2006). À l'intérieur du modèle de Connell, l'impuissance est inacceptable, contrôlée socialement par des sanctions comme la honte et la marginalisation.

En pratique, la majorité des hommes occupent une position subordonnée face à un groupe relativement restreint d'hommes dont la puissance repose sur une abondance des ressources. Connell suggère ainsi que la masculinité hégémonique est caractérisée par la liberté financière et corporelle et tend à être symbolisée à travers l'homme de classe moyenne, blanc et hétérosexuel. Si l'essentiel de cette théorie porte sur les relations hiérarchiques entre les groupes d'hommes, Connell signale toutefois que les hommes, en tant que groupe, maintiennent une domination du groupe des femmes. Ce qui fait qu'ils ne sont jamais totalement dépourvus de pouvoir dans les rapports sociaux de sexe (Ekenstam, 2005).

Pour Oliffe (2006), la masculinité hégémonique ne représente rien de plus que l'ensemble des idéaux masculins les plus fréquemment inscrits dans la socialisation. Aussi, cette forme constitue une position d'autorité culturelle et de leadership, construite en relation

avec les formes subordonnées de masculinités et avec les relations avec les femmes. Le corps masculin idéalisé est sexuel, musculaire, athlétique, discipliné et contrôlable par l'individu lui-même. Dans la sphère publique, le corps masculin est incité à adopter une posture qui indique le contrôle de soi, la discipline et la tenue de pratiques d'autorégulation culturellement normatives (p. 412). Le corps devient donc un canal par lequel la masculinité peut être performée et démontrée. La psyché masculine du mâle hégémonique serait coupée des émotions, elle est objective et logique (Morgan, 1992, cité dans Oliffe, 2006 ; Préjean, 1994 ; Pollack, 1998). La force d'esprit, la confiance en soi et l'indépendance, qualités associées à la masculinité hégémonique, sont requises pour occuper des positions sociales privilégiées et distinctives comme la haute finance et la politique. Cependant, ce ne sont pas tous les hommes qui aspirent à la masculinité hégémonique, et inversement, le processus hégémonique n'est pas exclusif au modèle masculin (Synnott, 2005). Connell (1995) avance que la plupart des hommes qui reconnaissent la légitimité de la masculinité hégémonique n'atteignent pas cet idéal.

Une perspective légèrement différente est apportée par Kimmel (1996), qui a élaboré sa théorie de la masculinité à partir des expériences de subordination et de domination. Cet auteur défend que pour les hommes, la masculinité semble moins relever d'un exercice de domination que d'une peur d'être contrôlés par les autres. Kimmel (1996) ajoute que les hommes sont foudroyés par la peur de l'échec. La reconnaissance de certains idéaux masculins représente un moyen d'atteindre cet objectif qui est l'évitement de la domination. Ainsi, la démonstration de la masculinité doit constamment être renouvelée. Les hommes qui échouent en ce sens sont alors perçus avec suspicion et souvent représentés comme déviants et marginaux (Ekenstam, 2005). Courtenay (2000b) soutient que les facteurs comme « l'ethnie, le statut économique, le niveau d'éducation, l'orientation sexuelle et le contexte social influencent la forme de masculinité qu'un individu est amené à construire » (p. 1385). C'est essentiellement à partir de ces déterminants sociaux que s'exercent les relations de pouvoir entre les masculinités. Comme dans tout système hiérarchique, il ne peut y avoir de groupe dominant sans groupe dominé, en l'occurrence : les masculinités subordonnées.

2.3.5 Les masculinités subordonnées

Les réalités masculines qui s'éloignent de la norme de la masculinité hégémonique sont

définies par Connell (1995) comme les *masculinités subordonnées*. Toujours selon Connell, la masculinité gaie est décrite comme la plus suspecte et la plus déviante, selon les normes imposées par la masculinité hégémonique, mais elle n'est pas la seule forme qui soit subordonnée. Plusieurs hommes et garçons hétérosexuels sont exclus du « cercle de la légitimité » en dévoilant une masculinité non conforme à la représentation dominante (p. 79). Il en est ainsi des hommes et des garçons qui, sans être homosexuels, démontrent des traits associés à la féminité, comme le goût développé pour la mode par exemple. Ce processus de marginalisation est caractérisé par l'attribution d'un riche vocabulaire péjoratif : *tapette, moumoune, fif, fifille, homo, nerd, fillette, chiffe molle, femmelette, twit, wippet, etc*⁴. Parmi ces exemples, plusieurs termes renvoient à des représentations symboliques de la féminité et de l'homosexualité. Ceci indique dans quelle mesure la masculinité hégémonique s'exerce et se construit à travers le rejet de la féminité et de l'homosexualité chez les hommes, tel que décrit par David et Brannon (1976). Bref, les masculinités subordonnées sont définies par la déviance relative à la masculinité hégémonique.

Les positions sociales des hommes, relatives à la masculinité hégémonique, peut grandement varier en fonction de l'âge et de l'état de santé (Courtenay, 2000a ; Oliffe, 2006). L'idéalisation de la jeunesse présente dans certaines cultures peut induire une subordination des aînés (Flemming, 1999 ; Thompson, 1994). Dans la culture occidentale, la vieillesse est généralement associée avec les pertes, la vulnérabilité, la maladie, la dépendance et le déclin (Oliffe, 2006). Plusieurs de ces traits comme la vulnérabilité, la passivité et la dépendance sont associés à la féminité et donc, en directe opposition aux traits qui caractérisent la masculinité hégémonique comme l'invulnérabilité, l'action, et l'indépendance (Charmaz, 1995). Le corps masculin malade ou invalide est souvent représenté comme « anormal », « féminin » et « non masculin » (Oliffe, 2006).

2.4 La masculinité et la santé

Les travaux de Oliffe (2006) sur les hommes en traitement hormonal pour un cancer avancé de la prostate sont particulièrement intéressants pour comprendre le sens de la

⁴ Traduction libre de Connell (1995), p. 80.

masculinité dans un contexte de maladie. Le traitement actuel de la forme avancée du cancer de la prostate exige une castration chimique par la privation d'androgènes, telle la testostérone. Les effets secondaires rapportés par les participants de l'étude de Oliffe (2006) sont : la baisse de libido, la dysfonction érectile (*impotence*), la perte musculaire, l'augmentation des tissus adipeux, gain de poids, la diminution de la concentration, une humeur instable, des poussées de chaleur, de la fatigue et la gynécomastie (hypertrophie mammaire chez l'homme). L'expérience de ces changements est intimement liée à la manière dont ces hommes renégocient leur discours sur la masculinité (p. 411). Si certains rôles de genre traditionnellement associés à la masculinité tendent à marginaliser les hommes malades et atypiques, certaines caractéristiques de ces rôles traditionnels peuvent cependant représenter d'efficaces stratégies d'adaptation à cette condition qu'est le cancer de la prostate et les effets secondaires du traitement. Il en est ainsi de la perception de la maladie comme « un *combat* contre le cancer » (p. 410).

Les hommes sont-ils biologiquement programmés pour mourir plus jeunes que les femmes ? La tendance au décès prématuré des hommes est-elle une question de nature ou bien est-elle reliée aux activités et aux comportements associés aux rôles sociaux des hommes ? Les différences de genre en santé sont notamment caractérisée par le paradoxe de genre où les femmes affichent des plus forts taux de morbidité alors que les hommes présentent des taux plus élevés de mortalité et ce, pour les 15 plus importantes causes de décès, tant au Québec (Choinière, 2003 ; Tremblay et coll., 2005), aux États-Unis (Courtenay, 2000a ; Stillion, 1984) et dans les pays scandinaves (Hemström, 1998). Cette situation n'est pas nouvelle puisque le statisticien Pehr Wargentin écrivait dès 1766 que « le sexe qui est le plus faible au niveau du corps présente néanmoins la plus grande vitalité et la plus grande force dans la résistance devant la mort » (p. 17-18, cité dans Hemström, 1998). C'est près de 250 ans qui séparent les conclusions de Wargentin avec les plus récentes études épidémiologiques qui rapportent, encore, une surmortalité des hommes et une espérance de vie plus grande chez les femmes de six ans. Effectivement, parmi les 21 pays retenus pour l'étude épidémiologique de Choinière (2003), l'espérance de vie moyenne des femmes est de 80.9 ans alors que celle des hommes est de 74.8 pour la période 1996-1998. Ces données sont à utiliser avec prudence, car si certains y voient tout de suite la présence d'une inégalité de sexe qui favoriserait les femmes, il faut cependant questionner valeur qualitative de ce six ans. C'est-à-dire, comment sont vécues ces années de plus par les femmes ? D'un autre côté, il faut également questionner la

valeur qualitative du vécu masculin au sujet des risques de décès prématurés et accidentels plus grands chez ces derniers, ainsi que de leur rapport au corps et à la santé (Synnott, 2005).

2.4.1 La construction sociale de la masculinité dans le contexte de la santé

En tant que construction identitaire de genre, la masculinité est constituée à partir des modèles fournis par la culture et qui s'exprime à travers un ensemble de rôles sociaux de sexe (Courtenay, 2000b). La construction et l'expression de l'identité de genre s'effectuent aussi à l'intérieur des comportements de santé, tant chez les hommes que chez les femmes. Les travaux de Saltonstall (1993) soutiennent que la pratique de la santé est une pratique sociale : les comportements de santé sont une forme de comportements de genre, donc une manifestation des rôles sociaux de sexe : « *doing health is doing gender* ». Une étude de Courtenay (2000b) interroge les structures sociales qui instaurent des comportements de santé néfastes et inhibent les tentatives d'adoption de meilleures habitudes de la part des hommes. Le genre est ici négocié en partie à travers les relations de pouvoir. Ces relations sont interprétées en tant que transactions qui contribuent à maintenir et à reproduire de plus larges structures de pouvoir et les inégalités inhérentes. « La subordination systématique des femmes et des hommes de statuts inférieurs – la patriarchie – est rendu possible, partiellement, à travers ces démonstrations de genre de la santé et de ses comportements relatifs » (p. 1388). Dans ce contexte, les hommes utilisent les croyances et les comportements de santé pour démonter les idéaux dominants de la masculinité, qui les établissent clairement en tant que mâles : puissants, invulnérables et autoritaires (Connell, 1995). C'est cette poursuite de pouvoir et de prestige qui mène souvent les hommes à s'adonner à des comportements à risque. Cette quête exige des hommes la suppression de l'expression de la douleur et de leurs besoins. Toujours selon Courtenay (2000b), la démonstration de la masculinité implique le déni des faiblesses, de la vulnérabilité et du besoin d'aide, le contrôle émotionnel et physique, le stoïcisme, la robustesse, l'intérêt sans fin du sexe hétérosexuel, la manifestation de comportements agressifs et de la domination physique. En maintenant et reproduisant les comportements et les attitudes qui correspondent à la masculinité hégémonique, les hommes renforcent la croyance populaire selon laquelle les hommes sont plus puissants et moins vulnérables que les femmes. En niant leurs besoins d'aide et de santé, les hommes « construisent le genre » en démontrant les normes dominantes de la masculinité hégémonique (p. 1389).

Dans la définition traditionnelle de la masculinité, l'expression des émotions est considérée comme une faiblesse, au point où les exigences de la masculinité semblent être diamétralement opposées aux exigences de santé au niveau psychologique : le *vrai* gars et le *bon patient* sont deux rôles bien différents, voire incompatibles (Dulac, 2001). À titre d'exemple, le contraste s'observe facilement dans les pauses commerciales à la télévision : une publicité de camions utilitaires fait l'éloge de son *client idéal* à l'aide d'un narrateur qui parle d'une voix basse, sombre et monotone : « parce que vous êtes fort, un dur de dur, robuste, vous ne baissez jamais les bras, vous exigez ce qu'il y a de mieux (etc.) ». La publicité suivante, au sujet de la dysfonction érectile, incite les hommes à briser le silence et à « parler à votre médecin ». Alors que la socialisation masculine, à travers ses stéréotypes et ses normes, valorise la puissance et les prouesses sexuelles et stigmatise l'impuissance (Cheng, 1999), nous interprétons ce dernier message publicitaire comme une incitation à la transgression des normes masculines. Ces deux publicités permettent de saisir l'opposition qui caractérise les normes respectives de la masculinité et du monde de la santé. La première renforce les règles de la masculinité à travers la valorisation de la force et de l'invulnérabilité, tandis que la seconde propose de dévoiler un problème de santé encore stigmatisé dont la typologie est antinomique de la norme masculine : dévoiler l'impuissance. Brooks (1998) présente une synthèse des exigences de l'aide thérapeutique et des exigences de la masculinité. Il s'agit donc des éléments requis pour performer le rôle d'aidé et de ceux pour performer l'identité masculine, tels qu'énoncés au tableau 2 de la page suivante.

La différence qui existe entre le monde thérapeutique et la socialisation masculine pourrait constituer l'un des plus grands obstacles à la santé des hommes et ne peut que contribuer aux inégalités qui touchent les hommes en santé (Brooks, 1998 ; Daigle, 2002 ; Dulac, 2001). Devant ce constat, il devient très clair que, face à une difficulté personnelle, les hommes peuvent se retrouver devant deux options comportant chacun leurs conséquences : sacrifier une partie de sa masculinité au profit de sa santé et de son bien-être personnel ; ou l'inverse, maintenir la performance de l'identité masculine au détriment de sa santé et de son bien-être personnel.

Tableau 2 : Comparaison des exigences de l'aide thérapeutique et des exigences de la masculinité

Exigences de l'aide	Exigences de la masculinité
Dévoiler sa vie privée	Cacher sa vie privée
Renoncer au contrôle	Conserver le contrôle
Avoir une intimité non sexuelle	Sexualiser l'intimité
Montrer ses faiblesses	Montrer sa force
Faire l'expérience de la honte	Exprimer sa fierté
Être vulnérable	Être invincible
Chercher de l'aide	Être indépendant
Exprimer ses émotions	Être stoïque
Faire de l'introspection	Agir et faire
S'attaquer aux conflits interpersonnels	Éviter les conflits
Faire face à sa douleur et à sa souffrance	Nier sa douleur et sa souffrance
Reconnaître ses échecs	Persister indéfiniment
Admettre son ignorance	Feindre l'omniprésence

Source: Brooks, G.R. (1998). *A New Psychotherapy for Traditional Men*, p.4.

Traduction de Dulac (2001)

Bien que le domaine de la santé et plus particulièrement le domaine thérapeutique soient en apparence destinés à tous, il semble bien, au contraire, que ces champs disciplinaires et professionnels ne parlent pas le langage des hommes (Dulac, 2001). Dulac entend par *langage*, les repères, les normes et les exigences inhérentes à l'univers masculin. Le potentiel d'intervention auprès des hommes est donc lourdement restreint en ce sens. Favorisant l'indépendance et l'autonomie comme stratégie de gestion des problèmes personnels, le processus de socialisation masculine limiterait donc l'accès des hommes aux ressources sanitaires qui à leur tour, ne savent pas toujours comment gérer la détresse masculine, souvent exprimée par la colère ou ses opposés : le silence et le retrait social (Dulac, 2001). Schvalbe et Wolkomir (2002) proposent de conceptualiser le *silence des*

hommes comme une information en soi et non pas seulement comme un obstacle à l'information. Cette perspective est intéressante puisqu'elle permet de poser un regard différent sur la manière dont la souffrance est exprimée au masculin : le retrait et l'inhibition en tant que facteurs de risque et comme une démonstration de la norme d'indépendance qui caractérise la masculinité.

Ainsi, il nous apparaît possible de penser que le potentiel d'aide qu'un homme peut espérer obtenir est majoritairement tributaire de sa capacité à se détacher des normes masculines au profit d'une meilleure acceptation de son rôle d'aidé. D'où l'hypothèse de la nécessité de masculiniser les soins de santé destinés aux hommes et à leurs besoins spécifiques. La relation entre l'aidant et l'aidé représente un espace social de pouvoir, une relation politique inégalitaire (Foucault, 1961 ; Otero, 2003 ; Stopppard, 2000). Bien qu'en raison des normes masculines décrites par Brooks (1998), la problématique de la relation d'aide en tant qu'espace politique semble plus manifeste et plus grave chez les hommes, il n'en demeure pas moins que la création d'un modèle aidant-aidé plus égalitaire, laissant plus de pouvoir à l'aidé serait bénéfique aux deux sexes. Cette critique de la relation politique inégalitaire en santé se retrouve dans plusieurs études féministes (Lupton, 2000 ; Stoppard, 2000).

2.5 Les hommes, la masculinité et le suicide

Cette section abordera trois domaines où la masculinité est mise en lien avec le suicide. Il sera tout d'abord question de la poursuite des idéaux de la masculinité en tant que cause du plus fort taux de suicide chez les hommes. Par la suite, nous présenterons une interprétation sociologique du suicide chez les hommes d'après les travaux de Becker (1985) sur le phénomène de la déviance. Finalement, il sera question de la demande d'aide chez les hommes en détresse.

2.5.1 Le poids des normes masculines comme une cause du suicide chez les hommes

Certains auteurs mettent en lumière le coût social du patriarcat (Préjean, 1994) et de la socialisation masculine dans la surmortalité des hommes parmi plusieurs causes de décès

(Dulac, 2001 ; Hemström, 1998; Krieger et Fee, 1994; Pollack, 1999; Rondeau, 2004; Stillion, 1984 ; Synnott, 2005 ; Tremblay et coll., 2005). Dulac (2001) explore à ce sujet la nécessité d'adapter les soins de santé à la clientèle masculine en prenant conscience des repères identitaires sur lesquels repose la construction de leur masculinité et sur les normes qui entourent celle-ci. Ceci débute inévitablement par la reconnaissance de la légitimité de la souffrance masculine. S'en suit conséquemment le développement d'approches novatrices pour comprendre cette souffrance masculine. L'auteur nous incite à concevoir le silence, le retrait, la colère et la crise comme des modes d'expressions plutôt que des obstacles à l'expression, une approche citée précédemment par Schvalbe et Wolkomir (2002). C'est donc dans cette optique que nous souhaitons explorer la place qu'occupe la notion de masculinité dans le parcours des hommes en crise suicidaire. Dulac (2001) insiste sur la nécessité de porter un regard humain sur la souffrance des hommes et d'analyser les liens avec la manière dont les hommes et les garçons sont socialisés. Il nous incite à reconnaître que les hommes peuvent aussi être des victimes à qui une aide appropriée doit être adaptée.

Selon Dulac (2001), la socialisation masculine contribuerait à la problématique du suicide chez les hommes. Par la stigmatisation de la honte associée à l'échec et la familiarité avec la violence physique, les hommes auraient davantage tendance à compléter leur suicide. Aussi, par les exigences de stoïcisme, d'autonomie, de fierté et d'indépendance inhérentes à la socialisation masculine, les hommes sont moins enclins à revêtir le rôle d'un aidé. Le dernier facteur associé est la grande incompréhension de la souffrance masculine de la part des institutions de santé et de thérapie. Ces institutions présentent des lacunes quant à l'identification et au traitement de la souffrance au masculin (Daigle, 2002 ; Daigle et Gariépy, 2003 ; Dulac 2001, Rondeau, 2004 ; Tremblay et coll., 2005). Il en est ainsi pour les deux pôles de l'expression de la souffrance masculine : le silence et la colère.

Cette situation crée ainsi de véritables failles dans le rôle protecteur du filet social. Et c'est en ce sens que la socialisation masculine nécessite une attention particulière dans l'étude du rapport des hommes à la santé et au monde thérapeutique. Brooks (1998) et Dulac (2001) ayant soulevé l'incompatibilité entre les exigences de l'aide et les exigences de la masculinité dans le contexte de la santé en général, nous nous interrogeons sur le cas spécifique de la crise suicidaire chez les hommes.

Plus encore, la dimension normative de la masculinité peut être interprétée comme un double facteur de risque pour la santé et plus particulièrement pour le suicide. Dans un premier temps, plusieurs auteurs ont identifié l'effet néfaste des normes masculines et des rôles sociaux de sexe masculins sur la santé des hommes, notamment en ce qui a trait aux conduites dangereuses (Courtenay, 2000a, 2000b ; Hemström, 1998 ; Houle, 2005 ; Rondeau, 2004 ; Stillion, 1984 ; Tremblay et coll., 2005). Le deuxième volet de cette interprétation concerne l'effet néfaste de la stigmatisation reliée à la non atteinte des normes masculines, entre autres rapportées par Dorais (2000) au sujet du fort taux de suicide chez les jeunes homosexuels. Ses travaux confirment que l'homosexualité est vécue et perçue comme une déviance au modèle masculin. Les travaux de Dorais s'appuient partiellement sur l'étude sociologique de la déviance de Becker (1985), dont il sera question à la section suivante.

2.5.2 La déviance aux normes masculines comme une cause du suicide chez les hommes

Les relations entre les masculinités, l'hégémonique et les subordonnées, peuvent être interprétées à travers la sociologie de la déviance de Becker (1985). La déviance représente ici le processus par lequel un individu devient étranger au groupe lorsqu'il est supposé avoir transgressé une norme en vigueur. Dans un cadre médical, la déviance est définie « comme quelque chose d'essentiellement pathologique, qui révèle la présence d'un mal (...) Les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance » (p. 29). La stigmatisation, châtiment social d'exclusion, remplit la fonction de démontrer à l'ensemble du groupe les conséquences de la désobéissance aux règles du groupe. Ce phénomène est donc un produit social dans la mesure où la déviance est décrite comme un résultat qui implique la réponse des autres à des conduites précises.

Dans la problématique du suicide chez les hommes, la perspective de Becker éclaire d'une part le processus de marginalisation associé à la transgression des normes masculines, mais aussi le processus social, qui représente les individus en crise suicidaire comme des déviants pathologiques. Becker appuie ses propos par un passage de

Malinowski (1926, cité dans Becker, 1985). Ce dernier affirme qu'au moment où un comportement jugé déviant aboutit à un scandale, tout le monde se dresse contre le coupable et peut le pousser, par l'exclusion ou par des insultes, au suicide. Dans ce cas, la réaction des autres détermine le caractère déviant ou non d'un acte. Becker (1985) mentionne toutefois qu'un individu peut être conscient d'avoir transgressé une norme sans que l'entourage n'en soit informé. Il s'agit alors d'un individu secrètement déviant (p. 43).

Les liens entre la déviance, le scandale et le suicide sont abordés dans l'ouvrage *Mort ou fif* de Michel Dorais (2000). Ce chercheur aborde le thème de l'intégration de l'homophobie ambiante chez les jeunes hommes homosexuels et chez les jeunes hommes hétérosexuels étiquetés comme gais, et qui ont fait une tentative de suicide. Ceci peut ouvrir la porte à l'intégration des représentations sociales péjoratives inhérente à l'homosexualité (p.73). L'intégration de l'homophobie ambiante démontre comment les normes sociales peuvent faire pression sur un individu secrètement déviant. D'après les répondants de son étude, « l'homosexualité est toujours vécue comme une accusation. Elle est la pire insulte que l'on puisse lancer à tout homme » (p. 75).

Les liens entre la stigmatisation sociale de l'homosexualité et le nombre élevé de suicides et de tentatives de suicide chez les jeunes hommes homosexuels, relevés par Dorais (2000), nous renvoient au cadre conceptuel de Connell (1995). Ce dernier expose les relations hiérarchiques entre les masculinités où « l'oppression positionne les masculinités homosexuelles tout au bas de la hiérarchie de genre parmi les hommes. L'homosexualité, dans l'idéologie patriarcale, est un espace où est entreposé tout ce qui est symboliquement exclus de la masculinité hégémonique » (p. 56).

Les contributions intellectuelles de Becker (1985) Dorais (2000) et Connell (1995) ne manquent pas de susciter un questionnement sur la dynamique de l'exclusion, en raison de la déviance aux normes masculines, et du suicide. Si l'homosexualité, en tant que déviance aux normes de la masculinité (hégémonique) peut avoir un effet suicidogène chez l'individu déviant, peut-il en être de même avec les autres formes de déviance aux normes masculines ? Par exemple, Holter et coll. (2000) mentionnait le cas des hommes doublement marginalisés : sans emploi et sans conjointe. Notre étude cherchera donc à vérifier s'il y a lieu d'appliquer la thèse de Dorais (2000) sur les effets suicidogènes de la

stigmatisation des jeunes homosexuels aux hommes qui se situent également en déviance par rapport aux normes de la masculinité.

2.6 L'intervention auprès des hommes suicidaires

Selon Daigle (2002), « la détresse chez les hommes trouve son expression ultime dans le suicide de plusieurs de ceux-ci » (p. 5). Dans son étude (Daigle, 2002) sur les services utilisés par les hommes en détresse, il souligne « un certain inconfort chez les intervenants, notamment en travail social, face à cette clientèle » (p. 5). Il y a diverses façons par lesquelles les hommes en détresse entrent dans un processus d'intervention. Daigle a décrit l'opinion des hommes au sujet de la détresse et de la demande d'aide inhérente à celle-ci. Cette étude est basée sur un sondage portant sur 1090 répondants masculins. De ce nombre, 304 répondants ont révélé avoir « déjà eu besoin d'aide au plan psychologique ou moral par le passé ». La crainte d'être jugé représente la principale réticence des hommes qui appellent dans les Centres de prévention suicide (CPS). On pourrait interpréter la prépondérance de cette crainte comme étant reliée à l'appréhension de la stigmatisation reliée à la demande formelle d'aide.

L'étude de Daigle (2002) révèle toutefois que les hommes sont peu enclins à considérer la demande d'aide comme un signe d'échec (page 10). Il en est de même pour la féminisation de la demande d'aide (considérer la demande d'aide comme un geste féminin). Ceci contredit les constatations de Courtenay (2000b) et Oliffe (2006) sur les stéréotypes de la masculinité hégémonique au sujet de la santé. Cette différence est peut-être due à une évolution rapide des mœurs, à une perte de popularité de la masculinité hégémonique, ou à une différence culturelle entre le Québec (Daigle), les États-Unis (Courtenay) et l'Australie (Oliffe). Une telle constatation incite à se demander si la masculinité hégémonique a réellement une emprise et une pertinence sur les hommes québécois en crise suicidaire. Les hommes affirment dans une large proportion qu'ils souffrent autant que les femmes, que cette souffrance est légitime et qu'il ne s'agit pas de faiblesse. Mais cette souffrance est souvent rationalisée de manière à être maintenue à distance (Daigle, 2002). La différence de genre ne réside peut-être pas nécessairement dans l'expérience de la souffrance elle-même, mais peut-être plutôt dans la manière dont celle-ci est interprétée et exprimée.

Ces résultats peuvent surprendre parce qu'ils ne correspondent pas exactement à l'idée que nous avons des hommes et de la demande d'aide. Il y a peut-être lieu de croire que ceci est inhérent à une mouvance idéologique actuelle chez les hommes, mais aussi à la méthode utilisée pour la collecte de ces données. Quoi qu'il en soit, la problématique du suicide chez les hommes ne cesse de faire réagir par l'ampleur et la gravité de leurs comportements suicidaires et à leur réticence à demander l'aide nécessaire (Tremblay et coll., 2005). Les hommes sont peut-être davantage socialisés à être des protecteurs plutôt que des protégés, des aidants plutôt que des aidés. Mais comme les femmes sont aussi socialisées à être des aidantes, il est peut-être plus pertinent de questionner le type d'aide auquel sont socialisés les hommes et les femmes. La tendance plus grande des hommes à compléter leur suicide pourrait ne pas être étrangère à la difficulté qu'auraient les hommes à s'identifier en tant qu'aidé, entravant ainsi le parcours de la demande d'aide. Mais il est aussi question de la difficulté du monde de la santé à recevoir un homme en tant qu'aidé, soit accueillir les hommes en crise.

2.7 *Les concepts opérationnels*

C'est par la *déconstruction* des discours que nous pouvons analyser les représentations qui forment ces discours, accessibles par à la subjectivité des acteurs (Gratton, 1996). Nous pourrions ainsi mieux comprendre comment la notion de masculinité est impliquée dans le processus de crise suicidaire. Pour ce faire, nous faisons appel au discours des *individus-sujets*, en l'occurrence les hommes en crise suicidaire. Il s'agit ici d'examiner les représentations sociales, soit les éléments qui forment un discours, à l'intérieur d'une approche socioconstructiviste. Celle-ci s'oppose à l'approche positiviste qui considère les représentations sociales comme une manifestation d'une seule vérité ou réalité (Charmaz, 2000).

Bien que le terme *discours* soit au cœur de la théorie et de l'analyse du discours, dont Keller (2007) souligne les nombreux débats entre la perspective foucauldienne et les traditions sociologiques (de Lukermann et Berger), nous entendons par *discours* une définition plus près du vécu des acteurs sociaux dont nous tentons de comprendre leur réalité telle qu'ils la conçoivent. Pour cette raison, nous retenons la définition que fait

Burr (1995) du concept de discours comme « un ensemble de significations, métaphores, représentations, images, récits et énoncés, qui, une fois agencés, produisent une version particulière d'un événement (ou personne ou groupe de personnes) » (p. 48, traduction libre). Pour adapter cette définition au langage courant d'une population non académique, nous ajoutons les concepts de *perception* et de *vision* en tant que composantes du discours. Cette précision a été ajoutée durant la passation des entrevues, étant donné que plusieurs répondants s'exprimaient selon ces termes : « la tentative de suicide, j'ai *vu* ça comme un échec ; la dépression, c'est *perçu* comme... ». Ces termes lient clairement un objet et sa signification et correspondent ainsi à la définition des représentations sociales, telle que proposée par Ferréol et coll. (2002). Selon ces auteurs, deux dimensions indissociables forment toujours les représentations sociales, soit l'objet et la signification, à partir desquelles s'opère la correspondance de chaque image à un sens et de chaque sens à une image. Mais en raison de la pluralité des expériences humaines, il est possible qu'une image possède plusieurs représentations symboliques, parfois antagonistes. C'est le cas par exemple de l'identité de genre, où les hommes (et les femmes) peuvent être représentés comme des héros, comme des victimes et des agresseurs (Synnott, 2005). Un ensemble d'études a déjà abordé dans des contextes connexes les concepts dont il est question, ainsi que la pluralité de significations qui leur sont attribuées. Le tableau 4 à la page suivante présente quelques représentations sociales de trois thèmes à l'étude. Sans être exhaustive, cette liste des principales représentations nous donne des indices sur ce que nous pouvons retrouver chez les hommes en crise suicidaire qui poursuivent une intervention thérapeutique à cet effet. Dans les croyances populaires comme dans la littérature, le suicide est intrinsèquement lié à la dépression, comme nous l'avons vu précédemment avec Bennett, Cogan et Adams (2003).

Puisque la dépression peut être souvent représentée en tant que maladie, un cercle vicieux peut s'installer, comme le précise Oliffe (2006). Ce dernier soutient que la maladie peut rendre les gens vulnérables, passifs et dépendants. Il est possible que ne soit pas uniquement la maladie elle-même qui ait cet effet, mais bien le rôle social de malade, avec les attentes de docilité et de coopération qui forment les normes de ce rôle.

Tableau 3 : Exemples des représentations sociales de trois concepts à l'étude

Objet	Significations multiples
Hommes	Agresseurs, dominants, violents (Montagu, 1968 ; Newman, 1999 ; Stephenson, 1995) victimes, héros, perdants (Farrell, 1993 ; Courtenay, 2000ab).
Suicide	Comportement pathologique, symptôme dépressif, folie (Foucault, 1961), réaction normale à un environnement pathologique, cri à l'aide (Bennett, Cogan et Adams, 2003)
Intervention thérapeutique	Redressement comportemental, mode de contrôle social par le corps médical et scientifique (Lupton, 2000), aveu d'échec et de vulnérabilité, perte de contrôle sur sa vie (Bennett, Cogan et Adams, 2003 ; Brooks, 1998 ; Dulac, 2001 ; Oliffe, 2006)

Selon Oliffe (2006), la représentation sociale de l'homme malade présente des traits traditionnellement assignés aux femmes et donc, en opposition directe avec la masculinité, construite autour de traits comme l'invulnérabilité, l'activité, l'indépendance et le stoïcisme. Le *malade* est ainsi souvent subordonné au niveau de l'anormalité, de la féminité, du non-mâle (Loeser, 2002, cité dans Oliffe, 2006). Cette négociation entre l'identité masculine et l'identité de « malade », de « dépressif » et de « suicidaire » peut comporter un sens profond de perte et de changements identitaires (p. 414). Ces constats corroborent donc l'incompatibilité entre les exigences thérapeutiques et les exigences de la masculinité présentées par Brooks (1998) et Dulac (2001).

2.8 La position idéologique retenue

Les études de genre étant un champ de recherche politiquement chargé, il semble pertinent d'exposer et de justifier notre position par rapport à un certain débat entre le féminisme et le masculinisme. Notre position s'inspire du pro-féminisme libéral de Clatterbaugh (1990) : les hommes, tout comme les femmes, sont restreints par les normes sociales de genre.

La dénonciation de l'impact négatif du modèle masculin sur les femmes nous apparaît essentielle, mais incomplète. L'impact négatif des normes masculines sur certains groupes d'hommes demeure une problématique sous documentée, socialement et académiquement négligée compte tenu du coût social de ces victimes masculines. Bien

que les problématiques qui touchent les hommes en plus grand nombre (toxicomanie, homicides, suicides, itinérance, accidents) fassent l'objet de nombreuses études, l'analyse de genre de ces problématiques demeure, à notre avis, négligée.

Évidemment, l'effet dommageable des normes sociales de genre chez les femmes, qui en sont touchées à des niveaux différents, n'enlève rien à l'effet dommageable que les normes de la masculinité pourraient avoir sur les hommes et inversement. Il n'est pas question non plus de prétendre l'autre extrême, à savoir que les hommes (tous les hommes) sont des victimes permanentes, mais simplement que certains hommes sont des victimes de certaines forces sociales. C'est dans cette perspective que seront formulées les questions de recherche, dans le but d'explorer comment la masculinité est négociée pendant une crise suicidaire chez les hommes.

2.9 *Les questions de recherche*

À la lumière de la littérature consultée, nous pouvons identifier un manque à l'intérieur de ce lot considérable de connaissances et en faire notre question de recherche :

Question principale : *Comment les normes de la masculinité sont-elles négociées chez les hommes en crise suicidaire ?*

Nous entendons par *négociation* le processus dynamique effectué par l'individu dans le rapport qu'il entretient avec les normes de la masculinité. Ce processus est dynamique puisqu'il implique une capacité intrinsèque à l'individu de reconnaître le caractère légitime, ou illégitime, des normes sociales dont fait partie l'ensemble des normes de la masculinité.

Sous questions :

- 1) *Comment les hommes décrivent-ils leur processus de crise suicidaire ?*
- 2) *Comment ces hommes décrivent-ils les normes et les idéaux masculins ?*
- 3) *Quel est le rôle de ces normes masculines dans le processus de crise suicidaire ?*

L'agencement de ces trois sous-questions nous donnera le contenu nécessaire pour répondre à notre question principale. La première sous-question sera l'objet du chapitre

IV, alors que les deux autres questions seront abordées dans le chapitre V. L'objectif est de saisir les repères et les dynamiques de l'identité masculine à travers la trajectoire de ces hommes qui traversent une crise suicidaire, tels que perçus et rapportés par ces hommes eux-mêmes. La masculinité sera observée en terme de repères et par sa fonction normative, dans la mesure où elle définit comment devrait agir un homme (Pleck, 1994). Mais il faut rappeler que la masculinité n'est pas un concept fixe et uniforme. Au contraire, Oliffe (2006) et Lewis (2003) font tous deux la démonstration que l'identité masculine est une construction fluide, contextuellement reformulée et donc sujette aux changements et à la renégociation par les individus eux-mêmes. Lewis (2003) signale que l'identité de genre varie également dans le temps, l'espace et à travers les différents groupes sociaux.

CHAPITRE III

POSITION MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre aborde dans un premier temps les raisons qui motivent l'utilisation de l'approche qualitative et les défis méthodologiques que pose cette approche. Par la suite, nous présentons les normes d'éthiques qui ont été nécessaires pour procéder à la recherche sur le terrain. Finalement, nous décrivons en détail le processus de collecte de données, l'analyse ainsi que l'échantillon.

Le choix de la méthode, c'est la façon dont est envisagée la question de recherche. Le domaine de la santé mentale, dans lequel est inscrit le suicide, a fait l'objet d'un imposant lot de connaissances *objectives* sur lequel s'appuie la perspective biomédicale. Mais en dehors des connaissances acquises par questionnaires standardisés se trouve une autre portion de connaissance, encore relativement peu explorée. La dimension sociale du suicide apparaît comme un domaine relativement peu exploré, du moins, s'il est comparé à sa dimension individuelle. En ce sens, l'approche qualitative est tout indiquée puisqu'elle possède les meilleurs outils pour répondre à notre objectif, soit explorer la manière dont les normes masculines interviennent dans l'expérience de la crise suicidaire chez les hommes.

3.1 *L'approche qualitative*

Dans les études sur la santé, l'approche qualitative semble s'être développée en réponse aux recherches quantitatives. Il existe de nombreuses connaissances sur les différences

objectives entre les hommes et les femmes en santé. Ces études proviennent majoritairement des études épidémiologiques comparatives entre les hommes et les femmes ; qui ont permis de tracer les différences entre ces deux groupes aux niveaux de la santé, de la morbidité et de la mortalité (Allison, Roeger, Martin, et Keeves, 2001 ; Choinière, 2003 ; Courtenay, 2000ab ; Hammarström, Härenstam, Östlin, 2001 ; Hällström, 2001 ; Hemström, 1998 ; Nolen-Hoeksema, 2001 ; Stillion, 1984 ; Synnott, 1997). La perspective épidémiologique est quantitative : pour une cause de mortalité donnée, elle permet de comparer la proportion d'hommes et de femmes parmi tous les décès enregistrés pour cette cause. Il en va de même pour les études portant sur les taux de morbidité où ce sont les proportions hommes – femmes qui sont mesurées parmi l'ensemble des cas d'une maladie donnée.

En marge de ces approches, la sociologie qualitative a fait son entrée dans le champ de la santé (Gratton, 1996). Cette seconde approche a principalement été développée à travers les recherches féministes (Guyon et Messing, 1996). La sociologie qualitative tente avant tout de comprendre les phénomènes sociaux. C'est le cas de l'École de Chicago qui a introduit l'utilisation de méthodes telles que les histoires de vie et les études de cas (Charmaz, 2000). Dans cette perspective, le discours de l'acteur prend une légitimité et un statut de vérité. Ce domaine de la sociologie était peu accessible dans les approches traditionnelles, où le discours de l'expert prévalait habituellement sur celui de l'acteur. Ce rapport de pouvoir est au centre des travaux d'Otero (2003) sur les relations entre experts et patients dans un contexte sanitaire. Cet auteur décrit la constitution du patient-*sujet* en patient-*objet*, où la passivité du patient est subordonnée par l'action du professionnel de la santé.

Pour cette étude, nous retenons notamment la théorie ancrée de Strauss (1987), en raison de sa manière de considérer les rôles respectifs du chercheur et des participants. Cette approche permet l'exploration des discours sociaux, ce qui lui confère un statut privilégié pour explorer la négociation de la masculinité chez les hommes en intervention thérapeutique pour crise suicidaire. L'approche constructiviste de la théorie ancrée (Charmaz, 2002) reconnaît la légitimité de la création mutuelle d'un savoir par l'observateur et par l'observé. Elle vise une compréhension interprétative de la subjectivité de l'acteur social, ce qui correspond exactement avec le but de notre recherche. L'entrevue réalisée dans ce cadre permet de recueillir des données sur la

subjectivité du répondant au sujet d'une expérience vécue par ce dernier (p. 676). Cette approche permet d'observer comment ces répondants construisent les significations et les actions, de manière à s'approcher le plus près possible de l'expérience, telle que vécue par ces derniers. La prochaine section présente les fondements théoriques et méthodologiques à la base de la présente recherche.

La théorie ancrée constructiviste (TAC), ou théorie socioconstructiviste, conçoit la collecte et l'analyse comme le produit des expériences respectives du chercheur et du participant et aussi de la relation entre le chercheur et le participant (Charmaz, 1995, 2002). La TAC reconnaît l'analyse des données comme étant une construction qui dépasse l'inscription des données dans le temps, la culture et le contexte, mais aussi comme le reflet de la pensée du chercheur (Charmaz, 2002 : 677). La problématique de la masculinité et du suicide soulève des débats passionnés, notamment quant à la question des relations de pouvoir entre les sexes. Le chercheur a donc une certaine proximité avec l'objet de recherche, ne serait-ce que par ses opinions et ses expériences dans ce domaine. Nous ne pouvons donc pas assumer, comme les partisans de la théorie ancrée objectiviste, que le chercheur demeure séparé et distant des participants et de leurs réalités. Notre position se range ainsi essentiellement dans une perspective constructiviste, dont Charmaz (2002) décrit les principales caractéristiques : (1) des réalités multiples existent, (2) les données reflètent les constructions mutuelles du chercheur et des participants, (3) la TAC constructiviste vise une compréhension interprétative à partir des représentations sociales des participants (p. 510). La TAC prend les significations implicites (*implicit meanings*), les points de vue des expériences et l'analyse de la théorie ancrée, comme étant tous des constructions de la réalité. Les représentations véhiculées autour de la masculinité, de la demande d'aide, du suicide et de la dépression constituent un sujet d'étude qui en est encore à sa genèse. Plusieurs auteurs soulignent le manque de connaissance dans la construction de ces discours (Bennett, Cogan et Adams, 2003 ; Houle, 2005 ; Synnott, 1997, 2005 ; Gratton, 1996).

Nous devons donc interroger les représentations sociales et le rapport des individus à la masculinité, c'est-à-dire le rapport aux autres hommes et aux modèles que ces individus considèrent comme étant des exemples d'une masculinité accomplie. Comme le suicide et l'intervention thérapeutique qui suit la tentative peuvent être interprétés comme une maladie ou comme une faiblesse personnelle (Bennett, Cogan et Adams, 2003 ; Dulac,

2001 ; Daigle et Gariépy, 2003), il est donc essentiel d'investiguer la négociation de la masculinité en situation de maladie, de surcroît mentale, et de la masculinité face à une révélation plus ou moins publique de celle-ci. Dans ce contexte, la négociation de la masculinité est ici définie par la manière dont les normes masculines interviennent dans l'expérience de la crise suicidaire.

3.2 *Le discours de l'acteur au centre de la recherche*

Notre regard se porte sur le discours des hommes en crise suicidaire, accessible notamment par l'exploration des représentations sociales à ce sujet (Burr, 1995). Nous observons donc la manière dont le suicide peut être construit et interprété en tant que réalité sociale. D'un côté, les comportements suicidaires sont souvent conceptualisés comme des gestes irrationnels, résultant de la manifestation d'un trouble mental (Bennett, Cogan et Adams, 2003). De l'autre côté, les sciences du comportement (psychologie et psychiatrie) sont considérées comme le lieu rationnel, l'opposé de la folie, dont la légitimité du discours est peu ou pas remise en question. Il est donc naturel que le discours des spécialistes de la santé mentale bénéficie d'une légitimité équivalente à leur champ d'expertise : psychologues, psychiatres, médecins, intervenants, etc. Mais l'approche qualitative en sciences sociales met en perspective le discours de l'acteur. Par exemple, dans les travaux de Bennett, Cogan et Adams (2003) les chercheurs observent les rapports de légitimité entre le discours des jeunes ayant fait une tentative de suicide et les autres formes de discours, soit les professionnels reconnus, leur famille et, dans un sens plus large, le discours social, soit ce qui est assumé comme étant reconnu par la majorité des gens. La signification que les acteurs donnent à leur acte de mort constitue une piste encore peu explorée pour comprendre le phénomène du suicide, Gratton (1996) étant une des rares chercheurs à avoir abordé le suicide sous cet angle. Ainsi, le suicide peut être interprété autrement que le résultat d'une maladie mentale (Bennett, Cogan et Adams, 2003). À l'instar de Pinel qui a détaché les *malades mentaux* et qui les a écoutés, l'approche socioconstructiviste redonne aux acteurs la pleine légitimité de leur discours. Jusqu'ici et encore, cette légitimité appartient essentiellement au discours des experts médicaux (Lupton, 2000). La portion de connaissances que nous voulons explorer se situe dans cette dimension subjective qu'une approche quantitative pourrait difficilement explorer. D'après Féréol (2002), les attitudes, la perception de soi et des relations avec

autrui, le vécu et la charge émotive qui s'y rattache sont des concepts qui font appel à la subjectivité et donc, à une réalité construite, cognitivement modifiée et adaptée par et pour l'individu.

3.3 *Les défis méthodologiques*

Pour aborder la problématique à l'étude, et considérant le peu de connaissance à ce sujet, une recherche exploratoire va de soi. Les hypothèses élaborées dans ce domaine ne peuvent être que spéculatives à ce stade. Le premier obstacle est évidemment la délicatesse du sujet : le suicide constitue un sujet tabou social. Les gens qui traversent une crise suicidaire représente une population difficile d'accès et souvent peu encline à dévoiler cette expérience.

Deuxièmement, les hommes sont plus réticents à participer à des études portant sur leur vie personnelle (Bourke, 2003). L'étude de Bennett, Cogan et Adams (2003) sur les représentations sociales de la contribution de la dépression aux idées suicidaires chez les jeunes, illustre bien cette réalité : sur les 30 répondants, seulement sept sont des hommes. Même situation dans l'étude de Bourke (2003) qui indique que la majorité des invitations déclinées à participer à son étude provenait des jeunes hommes. Sur 20 personnes interviewées, seulement 4 sont des hommes. Cette tendance était également présente dans notre recherche : plusieurs hommes se sont montrés réticents à participer à l'étude.

3.4 *Le lieu de la collecte de données*

La recherche a été effectuée à l'Accalmie, un centre d'aide qui fournit du soutien, de la thérapie et de l'hébergement pour les personnes en crise suicidaire. Ce centre est situé à Trois-Rivières, en Mauricie. Comme le choix du lieu a une influence certaine sur la nature de l'échantillon, il importe de souligner certaines caractéristiques de l'endroit. Cette institution base son programme d'intervention sur la responsabilisation (aussi appelée *empowerment*), soit l'apprentissage de la prise de contrôle sur sa propre vie. Il est

dans la politique de l'Accalmie de travailler seulement avec « les gens qui veulent s'en sortir ». L'admission à la maison d'hébergement doit obligatoirement être faite sur une base volontaire. Les résidants ne sont donc pas retenus contre leur gré, comme ça peut être le cas dans un milieu hospitalier. L'Accalmie cible sa clientèle auprès des hommes et des femmes adultes (au moins 18 ans). La plupart du temps, les gens sont référés par les centres hospitaliers et les C.L.S.C. de la Mauricie, mais aussi sur une base personnelle. Cette dernière catégorie est toutefois moins fréquente.

Lorsqu'une personne se présente à l'Accalmie, les 48 premières heures servent habituellement à stabiliser la crise. Le personnel n'inciste pas immédiatement sur l'intervention, mais demeure disponible à accueillir toute demande faite en ce sens. Par la suite, les résidants demeurent quelques jours pour suivre une thérapie qui vise à leur (re)donner le contrôle de leur vie. Comme l'étude porte sur le contexte particulier de la crise suicidaire, ce milieu semble donc être tout indiqué. Il est primordial de préciser que cette recherche ne se veut pas une évaluation du programme d'intervention employé à l'Accalmie, mais bien du rapport des hommes à certaines réalités inhérentes à la crise suicidaire et à sa prise en charge. Et c'est précisément sur ce critère qu'ont été sélectionnés les participants : des hommes adultes qui étaient en hébergement à l'Accalmie. Afin de participer à la recherche, il était essentiel que les répondants aient la capacité de fournir un consentement libre et éclairé. Par ailleurs, nous avons aussi inclus les hommes qui ont récemment été hébergés pour crise suicidaire et qui sont retournés dans leur milieu.

3.5 *L'éthique*

Le devis de recherche de la présente étude a été approuvé par le comité d'éthique du département de sociologie de l'UQAM et par le directeur général de l'Accalmie. Un certain nombre de procédures ont été mises en place pour assurer l'anonymat et la confidentialité des participants. Le chercheur, candidat à la maîtrise (ci-après appelé chercheur), a été en charge de toutes les entrevues. Il a expliqué aux participants les objectifs de la recherche, les bénéfices et les risques possibles, les normes de confidentialité et d'anonymat, leur droit de refuser de participer, de ne pas répondre à

toute question et leur droit de retrait à tout moment, les droits légaux et la nature volontaire de leur participation.

Une fois le formulaire de consentement signé (voir l'Appendice A), le participant a conservé une copie sur laquelle sont inscrites les références en cas de besoin d'aide. Ce formulaire est inspiré de celui utilisé par Houle (2005). Toutes les entrevues se sont terminées par un période d'échange sur l'entretien qui venait de se dérouler. Les participants ont été rejoints quelques jours plus tard pour s'assurer que l'entrevue n'ait pas porté atteinte à l'intégrité des répondants et les référer au besoin. La procédure prévoyait que le répondant soit référé immédiatement au personnel de L'Accalmie s'il y résidait encore. Si un répondant, interviewé à l'extérieur de l'Accalmie, avait présenté un malaise, il aurait été accompagné à un centre hospitalier.

En raison de l'effet somnolent de certains médicaments consommés par les répondants, une session d'entrevue a été interrompue et reportée à la demande du répondant. Ce dernier a été rencontré en trois fois. De manière unanime, les répondants ont indiqué avoir fortement apprécié leur participation. Ils ont jugé bénéfique le fait de parler du suicide d'une manière différente comme le démontre l'extrait suivant :

« En parler (du suicide) ça m'aurait donné des idées, puis là, je n'ai pas eu d'idées là-dessus, puis j'en ai parlé. Puis je suis sûr que ça m'a fait du bien parce que réussir à en parler c'est déjà pas mal... je n'ai pas penser d'agir, mais ça m'a fait du bien d'en parler par exemple. »

Cette affirmation s'est faite à la fin de l'entrevue. Outre la considération éthique visant à s'assurer que l'entrevue n'ait pas porté atteinte à l'intégrité du participant, cette procédure a également permis de démontrer le respect et l'intérêt du chercheur pour le participant au-delà de la collecte de données. Bien que les références aient été fournies en cas de besoin, aucun répondant n'a manifesté de problème relié à l'entrevue. Au contraire, tous les participants ont souligné les effets positifs de l'entrevue, qui leur a permis de parler des conditions et des événements entourant leur crise suicidaire.

Pour assurer l'anonymat, un pseudonyme a été attribué à chaque participant. Le chercheur est le seul à avoir accès au document qui permet d'associer un participant à son pseudonyme. Toute diffusion subséquente utilise le pseudonyme. Les résultats obtenus sont conservés dans un classeur sous clé au bureau du chercheur pour une période de cinq

ans. Ils serviront uniquement à l'écriture du mémoire de maîtrise et à la publication d'articles scientifiques par le chercheur lui-même. Le chercheur sera le seul à avoir accès aux enregistrements et aux données brutes des entrevues. Ceux-ci seront détruits six mois après le dépôt du mémoire.

C'est le coordonnateur clinique de l'Accalmie qui a transmis au chercheur les coordonnées des résidents intéressés à participer. Les intervenants et le coordonnateur clinique n'ont en aucun cas été en contact avec les données brutes d'entrevue, soit les enregistrements audio et les verbatims subséquents. Par ailleurs, les événements et les caractéristiques permettant d'identifier les participants ont été remplacés par des équivalents plus généraux dans la diffusion des résultats de manière à assurer l'anonymat.

La rédaction des verbatims a été effectuée par une étudiante de l'Université du Québec à Montréal. Cette dernière était également soumise à la confidentialité des renseignements contenus dans les enregistrements et les verbatims. La distance géographique entre l'étudiante et le lieu de la collecte de données a favorisé l'anonymat des répondants en diminuant la probabilité que l'étudiante connaisse l'un d'entre eux.

3.6 *L'entrevue individuelle*

3.6.1 *La grille d'entrevue*

Nous avons choisi d'explorer le discours des hommes sur les normes masculines et sur leur expérience de la crise suicidaire, en effectuant des entrevues semi dirigées portant sur le parcours de vie et sur le regard que les répondants posent sur leur parcours. Pour Patton (1990), ce type d'entrevue permet de saisir les perceptions qu'ont les répondants au sujet de la problématique et la signification que prend la problématique pour ces personnes. Selon Savoie-Zajcs (2003), l'utilisation de questions ouvertes permet d'accéder à la trace du social présent à l'intérieur d'un discours. L'entrevue semi dirigée est particulièrement appropriée pour aborder des sujets à caractère délicat comme la masculinité et la crise suicidaire (Savoie-Zajcs, 2003 : 298 ; Oliffe, 2006). Un instrument de collecte non directif nous apparaît plus susceptible d'atteindre notre objectif d'exploration et de compréhension des discours dans leur singularité et de situer le contexte à l'intérieur

duquel ces discours apparaissent. Les entrevues n'ont pas été réalisées avec un questionnaire standardisé pour tous les répondants, mais plutôt une grille d'entrevue (voir l'Appendice B) avec laquelle les thèmes reliés à la question de recherche ont été abordés. Si les premières questions de chaque thème ont été posées de manière identique, les questions subséquentes ont été adaptées au fil de la conversation.

Dans cette approche qualitative, les propos recueillis ne peuvent être interprétés en tant que faits objectifs, mais seulement en tant que discours des hommes en crise suicidaire interviewés. En raison de la nature semi dirigée des entrevues, les propos des répondants pouvaient dépasser le cadre des questions posées.

3.6.2 Le déroulement des entrevues

Pour chaque entrevue, les premières questions étaient d'ordre général. Elles abordaient ensuite le parcours qui a mené les répondants à la maison d'hébergement pour personnes suicidaires et des causes perçues de la crise suicidaire. Les éléments recueillis fournissaient des pistes de réponse à la question de recherche (1) *Comment les hommes décrivent-ils leur processus de crise suicidaire ?* Cette section couvrait également la contribution de la dépression et de la maladie mentale dans le processus de crise suicidaire, le parcours d'aide emprunté et la description des soins reçus par les institutions médicales et communautaires. Les questions sur la dépression ont été formulées ainsi : « *Vous sentiez-vous dépressif dans les jours qui ont précédé votre crise suicidaire ou votre tentative ?* » « *Comment pourriez-vous décrire la dépression selon vous ?* » « *Comment la dépression a-t-elle contribué à votre crise suicidaire ?* ». Ces formulations visaient à préciser l'expérience personnelle du répondant, et non pas référer à la dépression en tant que diagnostic attribué par une autorité médicale indépendamment du sujet (Stoppard, 2000). La question portant sur la contribution de la dépression s'inscrit dans le cadre théorique de Bennett, Cogan et Adams (2003) où une partie des répondants de leur étude rejetait la dépression en tant que facteur expliquant leur tentative de suicide. Nous ne voulions pas présupposer que les répondants de notre étude étaient dépressifs au moment de leur crise suicidaire.

La seconde partie de l'entrevue abordait la description que font les répondants des normes masculines et des stéréotypes masculins. Nous ajoutons ici les stéréotypes masculins

puisque les répondants y ont souvent fait référence pour illustrer leur définition des normes masculines. Les répondants ont donc été invités, dans un premier temps, à s'exprimer sur « *ce qui fait d'un homme un vrai homme* » et sur « *ce qu'un garçon doit apprendre pour devenir un homme* ». Nous les avons ensuite questionnés sur les hommes qu'ils admirent et les raisons de cette admiration. Ces thèmes fournissent des éléments nécessaires pour répondre à la question (2) *Comment les hommes décrivent-ils les normes et les idéaux masculins ?* À partir des éléments recueillis, les répondants se sont prononcés sur leur position personnelle relative à ces idéaux. Finalement, il a été question du rôle de ces normes dans les trois expériences suivantes : les problèmes personnels, le besoin d'aide et la demande d'aide. Les répondants se sont ensuite prononcés sur les raisons qui sont, selon eux, à l'origine de la surmortalité des hommes par suicide. Ces thèmes couvrent la dernière question de recherche (3) : *Quel est le rôle de ces normes masculines dans le processus de crise suicidaire ?* La plupart des questions sur la masculinité (voir la grille d'entrevue à l'Appendice B) ont été adaptées à notre problématique à partir des questions d'entrevue incluses dans l'étude de Oliffe (2006) sur la perception de la masculinité chez les hommes en thérapie hormonale pour un cancer de la prostate.

3.7 La collecte de données

Entre l'ouverture du centre en février 2006 et le moment où ont été réalisées les entrevues de recherche en novembre 2006, 120 personnes ont été hébergées dans ce centre d'aide (voir tableau 5 à la page suivante). De novembre 2006 à janvier 2007, neuf résidents de l'Accalmie ($n=9$) ont participé à une entrevue individuelle semi dirigée d'une durée de une heure trente à deux heures. Toutes les entrevues ont été réalisées en français. Ces entrevues ont été réalisées par le chercheur. Deux entrevues se sont échelonnées sur deux séances et une autre sur trois séances. L'échantillon n'est pas représentatif et ce n'est pas non plus l'objectif de la présente recherche. Les observations recueillies serviront plutôt à la formation d'hypothèses pour de futures recherches. Elles visent également à formuler certaines recommandations pour le milieu de l'intervention.

Tableau 4 : Fréquence et pourcentages de bénéficiaires du

**service d'hébergement et de thérapie à L'Accalmie (Fév. '06
– Nov. '06)**

	Bénéficiaires	Pourcentages
Hommes	66	55%
Femmes	54	45%
Total	120	100%

Ratio échantillon-population: $9/66 = 13,64\%$

Par l'entremise du coordonnateur clinique de L'Accalmie, les résidants ont été invités à participer à une étude sur l'intervention pour personnes en crise suicidaire. La plupart des participants volontaires pour la recherche ont été rencontrés dans les locaux d'entrevue de L'Accalmie. Deux répondants ont été rencontrés à leur domicile et un seul répondant a été rencontré dans un local d'entrevue au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

3.8 L'analyse

En raison de la nature très singulière du sujet de recherche, la méthode employée pour l'analyse devait permettre de saisir l'essence de cette subjectivité qu'est la masculinité. La technique d'analyse par contenu de Morse et Field (1995) que nous avons sélectionnée dans cette étude, est une analyse par thèmes. D'après cette technique, nous avons segmenté chaque entrevue en catégories à partir de ces thèmes, ou sujets. Des codes ont été utilisés pour identifier le contenu de l'entrevue. Les étiquettes des catégories ont été ajoutées afin de décrire l'ensemble de ces données. Cette analyse a été effectuée manuellement à partir du logiciel *Microsoft Word*.

Chaque entrevue de la présente recherche a fourni entre 15 et 25 pages de verbatim auquel ont été ajoutées les notes manuscrites prises durant les entrevues. Ces notes contenaient les observations, les commentaires et les points que le chercheur a jugé pertinents. Les verbatims ont alors fait l'objet d'une lecture répétée. Le contenu a été annoté et ainsi séparé par catégories (disponibles à l'Appendice C). Chaque entrevue a été

déconstruite et reconstituée selon les thèmes abordés. Ainsi, chaque reconstruction comprenait tous les passages des répondants qui abordent le thème en question. Par exemple, le thème *dépression* comprenait tous les extraits d'entrevue qui traitaient de ce sujet. Certains propos des répondants pouvaient mettre en lien plusieurs thèmes. Ces extraits peuvent donc être cités plus d'une fois dans les résultats. Par exemple, lorsqu'un répondant a été questionné à propos de la surmortalité des hommes par suicide, il a associé cette problématique aux exigences professionnelles qui étaient en cause dans le suicide d'un proche.

« Mon beau frère a dit ça à son père : « Si tu m'avais pas obligé à reprendre la ferme, je serais encore là aujourd'hui ». Et il s'est tué. »

Ce passage a donc été envoyé simultanément aux reconstructions « le travail en tant que cause de la détresse » et « les causes perçues de la surmortalité des hommes par suicide ».

Nous notons finalement que les propos développés entre l'interviewer et les répondants portaient exclusivement sur les normes masculines. L'absence d'étude similaire chez les femmes ne nous permet pas de savoir dans quelle mesure ces propos peuvent se retrouver dans le discours des femmes dans la même situation.

3.9 L'échantillon

Cette section présente une brève description des répondants qui ont participé à la recherche. Ces derniers sont tous originaires du Québec, principalement de la Mauricie. Les noms ont été changés afin de préserver l'anonymat. Une brève description de chaque répondant est présentée pour donner une idée du profil socioéconomique et familial et les causes perçues par le répondant de la crise suicidaire. Cette description vise à permettre une meilleure contextualisation des données. Tous les résumés qui suivent ont été construits uniquement à partir des propos rapportés par les répondants eux-mêmes lors des entrevues de recherche.

Paul, 32 ans.

Causes perçues de la crise suicidaire : trouble bipolaire, rupture amoureuse, problèmes financiers, problèmes d'alcool et de drogues.

Paul provient d'un milieu rural essentiellement agricole. Il se décrit comme un camionneur et un agriculteur qui enchaîne des horaires de travail de plus de 70 heures par semaine. Après une journée de travail, il consomme une grande quantité d'alcool pour aller travailler dans l'étable toute la nuit. Les « speeds » et la cocaïne sont consommés pour maintenir la cadence. Il a fait deux tentatives de suicide. La seconde n'aurait pas été « prise au sérieux » par son ex-copine. Après une thérapie décevante pour son alcoolisme, il a été référé à l'Accalmie. Suite aux fortes recommandations de sa mère, de sa tante et de son ex-conjointe, il fait une démarche d'aide où il dit tenter le tout pour le tout dans le but de retrouver son ex-conjointe.

Jean, 40 ans.

Causes perçues de la crise suicidaire : dépression, toxicomanie, rupture amoureuse, perte de la garde d'un enfant, sans emploi, invalidité au travail.

Cet homme exprime de grandes frustrations quant à la perte de la garde de son fils. Par ailleurs, un accident de travail le rend aujourd'hui invalide. Selon lui, sa détresse résulte de l'écart qui sépare sa situation passée (famille, femme, emploi, aisance financière) et sa situation présente (seul, endetté, invalide). Il met beaucoup d'emphasis sur le rôle de pourvoyeur et il associe le fort taux de suicide des hommes à l'échec de ce rôle. Jean affirme ne plus avoir d'espace pour se réaliser en tant que conjoint et en tant que père. La prise de ces responsabilités familiales était pour lui une source de fierté et la perte de celles-ci est aujourd'hui une source de honte, de découragement, de solitude, de frustration. Jean revient souvent sur l'absence de son ex-conjointe, mais surtout sur celle de son fils. Il perçoit un écart énorme entre sa représentation de l'homme idéal et lui-même.

Serge, 50 ans.

Causes perçues de la crise suicidaire : dépression, perte d'emploi, invalidité physique légère.

Il y a dix ans, la fille de Serge est décédée des suites d'une maladie dégénérative. Après cet événement, sa femme a plongé dans des crises psychotiques qui ont nécessité son internement en institution psychiatrique. Comme Serge occupait des emplois saisonniers

dans la restauration à différents endroits éloignés (dans un centre de villégiature et sur des croisières), son fils est allé vivre avec sa grand-mère. Serge aurait quitté ses deux emplois pour en contracter un seul sur une base permanente à Trois-Rivières afin de se rapprocher de son fils. La perte de son dernier emploi aurait suscité la honte de ne plus pouvoir subvenir adéquatement aux besoins de son fils. D'après lui, cette honte est alimentée par le rétrécissement des possibilités de solutions des problèmes financiers et a eu raison de sa santé mentale. Serge indique être grandement affecté par l'incapacité d'être avec son fils, alors que ce dernier souhaite déménager avec lui. Il se décrit comme un homme dont l'estime repose exclusivement sur son rôle de père et dont l'accès est bloqué ou difficile. Cette situation contribue à l'aggravation de son désespoir et l'accès limité aux ressources d'aide aux hommes monoparentaux augmente son sentiment de frustration. Il se sent marginalisé parce qu'il ne cadre pas dans la définition institutionnelle de la « personne dans le besoin » à qui l'aide est offerte. Il souligne l'absence de reconnaissance de sa souffrance et de ses besoins par le réseau de la santé et des services sociaux. Ce rejet lui fait sentir qu'il n'est pas normal pour un homme de 50 ans d'avoir besoin d'aide.

Richard, 44 ans.

Causes perçues de la crise suicidaire : rupture amoureuse.

La surprise et l'incompréhension qui entourent la séparation de cet homme sont les éléments qui ressortent de son discours sur son parcours de vie. Il manifeste encore beaucoup de frustration par rapport à cet épisode de sa vie. Il indique que la séparation et l'expulsion de son domicile l'ont complètement déstabilisé, tant matériellement qu'émotionnellement. Richard note que la rupture a entraîné chez lui une perte de valeurs, perte de dignité et une perte identitaire : il ne se reconnaît plus lui-même. Selon cet homme, la rapidité avec laquelle sa séparation s'est déroulée aurait déclenché l'apparition des idéations suicidaires. De la thérapie qu'il a suivie, il considère en être ressorti grandi et le dit fièrement. Au moment de l'entrevue, Richard avait réintégré son travail.

André, 50 ans.

Causes perçues de la crise suicidaire : dépression, dépendance au jeu, sans emploi, cancer, expérience en milieu carcéral.

André a passé une partie de son adolescence en institution psychiatrique (de 15 à 18 ans)

en raison de dangereux troubles de comportement. Sa vie a été par la suite marquée par le jeu compulsif, le vol, pour alimenter le jeu, et la prison. Il est aujourd'hui très inquiet de son état de santé, caractérisé par son diabète, de sa récente opération infructueuse pour un cancer et de son incapacité à arrêter de fumer, ce qui n'aide pas à la rémission. André supporte mal la solitude dans laquelle il vit. Il a été auparavant bénéficiaire de la C.S.S.T.⁵ et la perte de ce revenu l'affecte également. Il est aujourd'hui bénéficiaire de l'aide sociale pour une fraction du montant de la C.S.S.T. André attribue sa crise suicidaire aux nombreuses difficultés personnelles : jeu pathologique, prison, problèmes financiers, solitude. Il cherche ouvertement de l'aide pour pouvoir consulter un psychologue. Mais selon lui, la longueur des listes d'attentes ne fait que contribuer à sa détresse.

Louis, 44 ans.

Causes perçues de la crise suicidaire : dépendance aux drogues, dépression, sans emploi, détérioration de l'état de santé physique

Au moment de l'entrevue, Louis en était à son second séjour à l'Accalmie, suite à un séjour dans une maison pour personnes atteintes du VIH. Il rapporte avoir été itinérant pendant sept ans. Son médecin lui a diagnostiqué d'importants problèmes gastriques et cette annonce aurait entraîné sa dépression selon lui. Toujours selon lui, sa consommation de drogues et ses problèmes de santé sont à l'origine de sa dépression et de ses tentatives de suicide.

Claude, 50 ans.

Causes perçues de la crise suicidaire : dépression et perte d'emploi.

Dès l'âge de six ans, Claude a connu les familles d'accueil. Selon lui, c'est dans ce milieu qu'il a appris à se fermer émotionnellement aux autres. Il provient d'un milieu rural où six cas de suicides sont survenus dans son entourage immédiat : deux oncles, un frère, un ami et deux cousins. Pour devenir un homme, il a dû apprendre très tôt à gagner sa vie. Il

⁵ Commission de la santé et de la sécurité au travail, organisme gouvernemental responsable de dédommager les accident de travail.

a commencé à travailler dès 16 ans. C'est à cet âge qu'il vit sa première peine d'amour et sa première tentative de suicide survient à la suite de cet événement. Il est aujourd'hui marié et sa femme représente sa principale confidente. Au début de la quarantaine, il travaille avec excès en tant que contremaître, ce qui contribue selon lui à sa dépression et qui dure maintenant depuis plus de six ans. C'est alors très honteux pour ce dernier d'être en arrêt de travail et de ne plus pouvoir performer comme il le faisait jadis. Cet arrêt de travail le coupe également de son réseau social à l'entreprise où il occupait un poste de direction. Il attribue sa crise suicidaire aux idées noires, à son état perturbant de confusion et aux effets secondaires de la médication. Il a récemment suivi des cours pour s'ouvrir aux autres, ce qu'il apprécie grandement. Par ailleurs, la psychothérapie l'aide à comprendre sa maladie, plutôt que seulement la combattre, comme il le décrit dans son séjour en psychiatrie.

Maurice, 50 ans

Causes perçues de la crise suicidaire : dépression, dépendance à l'alcool, divorce, perte du contact avec ses enfants, sans emploi, invalidité au travail

Le récit de Maurice sur son enfance est délicat : il dit avoir *enterré son propre prénom* à l'âge de neuf ans, remplaçant ce dernier par un surnom auquel il répond aujourd'hui. Il affirme aider les autres avec acharnement depuis une trentaine d'années, rapportant sa difficulté à séparer l'empathie de la sympathie. D'après lui, il présente un conflit de rôles entre l'aidant et l'aidé : puisqu'il aide les autres, il ne peut pas accepter d'être aidé à son tour. Il dit s'être épuisé à porter sur ses épaules les problèmes des autres. Après 16 ans de mariage, sa femme l'a laissé pour son frère, ce qui l'affecte encore aujourd'hui, 10 ans plus tard. Il attribue ses crises suicidaires à ses problèmes d'alcool et à la solitude dans laquelle il vit. Il se sent abandonné par ses enfants qu'il ne voit que rarement. Dans l'entourage de Maurice, au moins quatre hommes sont décédés par suicide.

Gilles, 44 ans

Causes perçues de la crise suicidaire : dépression, décès de sa conjointe, sans emploi, invalidité au travail et détérioration de l'état de santé physique.

Gilles a grandi dans un milieu instable et parfois très violent : sa mère a été victime d'une tentative de meurtre sous ses yeux alors qu'il était adolescent. À l'âge adulte, il a travaillé

dans la construction et la restauration. Un accident cardio-vasculaire l'a obligé à cesser ses activités professionnelles et à être bénéficiaire de la C.S.S.T., puis de l'aide sociale. Son parcours de vie est marqué par la consommation de drogues et la contraction de l'hépatite B et C. Il rapporte que ses idées suicidaires sont apparues suite au décès de sa conjointe.

3.10 Le transfert de l'information

Les entrevues ont d'abord été enregistrées sur bande audio et ensuite transférées en verbatims pour permettre l'analyse. Les verbatims respectent intégralement le contenu des enregistrements. Les citations extraites des verbatims ont subi certaines modifications pour permettre le transfert d'un langage parlé à un langage écrit. Des mots issus du langage populaire comme « facque », ont été remplacés par « donc », « pis » par « puis », etc. Pour démontrer les effets d'une telle procédure, le tableau 6 de la page suivante présente un extrait original, suivi de sa citation modifiée. L'altération demeure donc minime et respecte intégralement la pensée du répondant.

Tableau 5 : Transfert du contenu de l'entrevue vers le mode texte

Extrait original du verbatim	Passage cité
<p><i>J'pourrais dire que je me sens pas homme homme, parce que comme j'te disais ta l'heure, pour que j' me sente homme, faut que j' sois fort, combattant, c'est un soldat, pis même si t'es blessé, faut que tu continues à te battre, fac c'est pas évident d'avouer que on est à bout pis qu'on est sur le bord de sortir le drapeau blanc, pis on se rend.</i></p>	<p><i>Je pourrais dire que je ne me sens pas très homme. Pour que je me sente homme, il faut que je sois fort, combattant, c'est un soldat, puis même si tu es blessé, il faut que tu continues à te battre. Ce n'est donc pas évident d'avouer qu'on est à bout, qu'on est sur le bord de sortir le drapeau blanc et qu'on se rend.</i></p>

CHAPITRE 4

RÉSULTATS : LE PROCESSUS DE CRISE SUICIDAIRE

Le chapitre 4 aborde les résultats concernant le processus de crise suicidaire. Ce processus décrit le parcours qui a mené l'individu à la maison d'hébergement pour personnes suicidaires (réf. : question 1 de l'Appendice B). Ce chapitre comprend les causes perçues de la crise suicidaire (section 4.1), l'expérience de la dépression (4.2), la crise suicidaire (4.3) et finalement, la demande d'aide pour crise suicidaire (4.4). C'est à cette dernière étape qu'est interrompu le processus de crise suicidaire. Chaque section comprend un encadré qui indique l'étape décrite et sa position à l'intérieur du processus de crise suicidaire.

4.1 Les causes perçues de la crise suicidaire

En décrivant les causes perçues de leur crise suicidaire, les répondants ont rapporté des causes

variées et souvent multifactorielles. Alors que certaines causes, comme les dépendances, ont à peine été mentionnées, d'autres ont occupé la majorité de l'espace d'entrevue. Les causes les plus fréquemment rapportées sont les pertes : perte de la conjointe, du travail et du revenu, des responsabilités paternelles et de la santé physique. Le travail et le revenu peuvent être abordés séparément puisque certains répondants ont identifié la perte d'un revenu d'indemnité comme la cause de leur crise suicidaire, sans toutefois mentionner la perte du travail. La solitude a également été identifiée comme une cause

- 1. Les causes perçues ◀
2. La dépression
3. La crise suicidaire
4. La demande d'aide

contribuant à la crise suicidaire. Il en va de même pour diverses formes de dépendances (alcool, drogue, jeu) qui, sans être directement présentées comme des causes de la crise suicidaire, sont décrites comme pouvant contribuer à l'aggravation de celle-ci. Le tableau 7 présente une synthèse des causes perçues par les répondants.

Tableau 6 : Les causes perçues de la crise suicidaire par les répondants

	dépendances (alcool, drogue, jeu)	solitude	pertes				Total
			conjugale	paternité	travail-revenu	santé physique	
Paul	x		x	x	x		4
Jean	x	x	x	x	x	x	6
Serge		x	x	x	x	x	5
Richard			x				1
André	x	x			x	x	4
Louis	x					x	2
Claude					x		1
Maurice	x	x	x	x	x		5
Gilles		x	x		x	x	4
Total	5	5	6	4	7	5	

La plupart des répondants ont identifié le travail comme un facteur qui a contribué au développement de leur crise suicidaire. C'est pourquoi une partie importante des résultats y est consacrée.

4.1.1 Le travail

4.1.1.1 L'excès de travail en tant que cause de la crise suicidaire

Plusieurs répondants ont présenté l'excès de travail comme une cause de la détresse, et donc de la crise suicidaire. L'augmentation des exigences de travail et la diminution du revenu ont été identifiées par Paul comme étant les principales causes de sa détresse. Il a également souligné les exigences familiales en matière de travail, reliées au suicide d'un proche.

« Tu travailles, tu travailles, puis il en reste de moins. Et moins il en reste, plus tu travailles pour t'en sortir. Là, tu te dis que t'es aussi bien de t'accrocher⁶ parce que tu n'en verras pas le bout : on se pend ou on se tire

⁶ NDLA : l'expression « s'accrocher » signifie ici se pendre, se suicider.

une balle. »

« Mon beau frère a dit ça à son père : « Si tu m'avais pas obligé à reprendre la ferme, je serais encore là aujourd'hui ». Et il s'est tué. »

Un autre répondant a identifié le poids des exigences de performance au travail comme un facteur aggravant ses problèmes de santé mentale.

« Parce que moi, j'étais un homme bien vite avant. J'étais toujours performant. J'étais fou de travailler de même, ça m'a rien donné de plus, je ne suis pas plus riche aujourd'hui. » - Claude

L'excès de travail a donc été rapporté par ce répondant comme le point d'origine de sa dépression.

4.1.1.2 La perte du travail en tant que cause de la détresse

Le passage d'un statut de travailleur actif à un individu passif a été perçu comme une cause de la détresse et de la crise suicidaire. La dépression majeure de Claude a nécessité un arrêt de travail qui dure depuis six ans.

« L'arrêt de travail a été comme une bombe, ça a coupé ma vie. J'ai travaillé tout le temps de ma vie et ça me tombe dans la face cette affaire-là. J'étais contremaître, j'avais une bonne job et là, j'ai tout perdu. Ma job, c'était ma vie ».

La perte du sentiment d'utilité dans le travail fut rapportée comme une cause de la dépression par un autre répondant qui a décrit son licenciement.

« Quand on te dit du jour au lendemain qu'on n'a plus besoin de tes services. Ça donne une claque. J'ai donc commencé à m'isoler dans mon appartement. » - Serge

Pour un autre répondant, ce sont les problèmes reliés au licenciement qui ont été identifiés en tant que cause de détresse.

« Je suis en chicane avec la compagnie pour qui je travaillais. Ils ne veulent pas me reprendre, puis ils ne veulent pas me donner mon assurance. C'est une autre affaire pour virer fou ! » - André

La perte d'emploi, causée soit par un licenciement ou par un accident de travail, s'est accompagnée d'une perte de revenu jugée critique par les répondants. Les problèmes

financiers qui découlait de cette perte ont été identifiés par les répondants comme des causes importantes de la crise suicidaire.

« À tous les jours j'ai mal et je pleure à cause de ma situation: j'avais tout avant. J'avais une maison, le gros salaire et j'ai tout perdu. » - Jean
« Mon revenu est passé de 2200\$ à 701\$ par mois... la descente est assez grosse pour virer fou! » - André

Les problèmes financiers touchent Jean, qui a associé sa crise suicidaire à sa situation de pauvreté dans laquelle il vit depuis la perte de son emploi.

« Les tentatives sont des coups de tête, tu sais quand tu as vraiment mal : écoeuré de vivre, de la merde ! Être coincé tout le temps : je n'ai pas beaucoup d'argent, payer un loyer, ma bouffe et tout. J'ai l'impression qu'il ne reste plus beaucoup d'argent. Ça ne m'aide pas, je ne peux pas rien faire, je ne peux pas sortir d'ici. Un moment donné, tu sautes la coche. »

La pauvreté est également rapportée par Maurice comme l'explication de sa crise suicidaire. Il a cependant ajouté le poids que représentait le manque de stabilité dans sa vie.

« Je traîne ma poche de linge et quand je serai tanné, je vais la laisser tomber et m'accrocher (se pendre). »

4.1.1.3 La perte statutaire reliée au travail en tant que cause de la détresse

La perte du statut de travailleur représente également une cause perçue de la détresse et de la crise suicidaire. Dans l'extrait suivant, le bouleversement majeur qu'a ressenti Claude suite à la perte de son emploi est décrit. L'absence de responsabilités professionnelles a été vécue de manière honteuse. Selon cet homme, la dépression, tout comme la prise d'antidépresseurs, a induit chez lui un état mental altéré, ce qui l'a profondément gêné lorsqu'il a fait face à ses pairs.

« Face aux autres hommes dans le garage, je me sentais diminué, anormal. Tu vois qu'ils sont vifs, ils travaillent, puis moi je suis comme « slomo » avec les médicaments. Même sans les médicaments, ce n'était plus pareil, je ne pensais plus pareil, j'étais plus mêlé, je me trompais souvent. Je pense

qu'ils pensent que je suis crackpot, fou ».

Comme Claude vit dans une petite municipalité, le garage est un lieu important pour sa socialisation. Il a décrit la manière dont il percevait sa position relative aux autres hommes qui eux, occupaient un emploi. Non seulement Claude se sentait inférieur par rapport aux autres hommes de son entourage, mais il a souligné, dans l'extrait qui suit, comment sa condition a affecté le partage des tâches au sein de son couple.

« En arrêt de travail, je n'ai plus rien à faire. J'ai trouvé ça très dur (...) Ma femme travaillait et pas moi. J'avais honte de ça vu que je ne travaillais pas. Puis, elle ne veut plus que je ne touche à rien. Avant, je lavais le plancher et tout, maintenant, plus rien. Elle me laisse rentrer mon bois de chauffage, c'est tout. C'est dur au début, je me dis « je suis capable de le faire, laisses-moi ça ». Elle ne veut pas, je ne veux pas mettre la chicane, alors je la laisse faire. »

Pour cet homme qui a valorisé le travail depuis son plus jeune âge et qui a travaillé toute sa vie, l'invalidité causée par sa dépression a été vécue comme une chute honteuse.

Pour certains répondants, le travail est décrit comme le moyen par lequel l'homme remplit le rôle de pourvoyeur au sein de la famille. Dans cette perspective, l'arrêt de travail affecte l'accomplissement de ce rôle. Jean présente comment il a perçu l'arrêt de travail qui a suivi son ACV.

« C'est moi le responsable à ce qu'il ne manque pas de rien dans la maison, à ce qu'il ne manque pas de nourriture ... puis là un moment donné « oups! », le gars perd sa job, puis là, ça marche plus comme avant parce qu'il n'a plus assez d'argent pour faire vivre sa famille comme avant. L'homme se sent responsable de la famille : mon père, il a travaillé toute sa vie pour essayer de nous donner tout. Pour pas qu'on manque de rien matériellement, en travaillant. J'ai tout eu, matériellement ».

Selon lui, c'est sur les épaules de l'homme que repose le rôle de pourvoyeur. L'invalidité a ainsi compromis sa capacité à remplir ce rôle. De plus, Jean a comparé sa situation personnelle avec un exemple de réussite du rôle de pourvoyeur : son père.

Dans le même ordre d'idée, Serge a expliqué la façon dont il vit sa perte d'emploi en lien avec l'accomplissement de son rôle de père.

« Je me suis toujours perçu comme un pourvoyeur, ok. Donc, avec la chute

de salaire, je ne suis plus capable de subvenir aux besoins de mon fils. C'est honteux, c'est gênant. C'est comme si j'étais plus capable de remplir mon rôle de père (...) Avec la perte de mon emploi, ça a été le découragement. Puis de lui dire que « tu ne pourras pas venir vivre avec papa, parce que papa n'as pas encore les moyens ». Puis un moment donné, tu te dis : « j'ai 50 ans, j'ai travaillé toute ma vie. Un chèque d'aide sociale, je ne connais pas ça. Puis je me retrouve à 50 ans, devant rien ! ». J'ai regardé ma police d'assurance. Si de mon vivant je n'ai pas été capable de lui donner quelque chose, peut-être que mort, je serai capable. Un moment donné, ça devient une solution parce qu'à 50 ans, t'as plus l'énergie que t'avais à 30 ans. Ça fait que...j'ai déprimé ».

Le travail est donc décrit par Serge comme le moyen d'honorer ses responsabilités familiales.

Le contenu des entrevues révèle que la perte statutaire reliée au travail a grandement affecté le sentiment d'utilité, et pouvait être perçu comme un échec dans le rôle de travailleur. Les deux extraits qui suivent présentent la description, faite par Maurice, de l'impact de la perte de ces rôles.

« Je suis blessé, je me sens mal de ne plus de travailler pour ce qu'un autre pourrait avoir besoin. Je suis inutile. Je ne suis pas en chaise roulante, mais je suis rendu quasiment un poids qu'on prend et qu'on tasse. »

« Je n'ai pas le droit à l'échec. Je suis supposé être là pour produire, je suis supposé être là pour aider et je ne suis plus capable, en dedans de moi, c'est un échec, je n'accepte pas les échecs. »

Ce répondant a révélé que la perte de son sentiment d'utilité a joué un rôle central dans sa crise suicidaire, comme le démontre l'extrait suivant.

*« Si je ne suis plus bon nulle part, je vais être bon avec ma corde. » -
Maurice*

Le point de vue de Maurice est partagé par Gilles dans la mesure où ce dernier a souligné le poids des attentes de performances, qu'il a comparé avec sa situation personnelle.

« Les attentes sociales envers un homme : de l'avancement dans son travail, de l'évolution (...) Qu'ils soient performants. Même si je n'arrive pas à être

un ce ceux là à 100%, je le ressens, puis je le vis en quelque part. Je suis sur l'aide sociale, ce n'est pas évident d'avoir les mêmes buts. Surtout avec des problèmes physiques. » - Gilles

Selon Gilles, la société exige des hommes une grande performance professionnelle. Dans son rapport aux hommes performants, Gilles s'est présenté comme une version altérée de cet idéal (*Même si je n'arrive pas à être un de ceux-là à 100%*).

4.1.1.4 Le sentiment d'utilité en tant que facteur de protection

À l'inverse du sentiment d'inutilité, identifié par les répondants comme une cause de la détresse et de la crise suicidaire, le sentiment d'utilité est perçu comme un facteur de protection. L'extrait suivant présente la valorisation que Claude a retirée de son travail, en dépit de ses limitations.

« Ça me choque : je suis capable de faire des choses manuellement, je ne suis pas complètement débile, je sais encore me servir de mes mains. J'ai fait 15 cordes de bois là. J'ai abattu les arbres. Rentrer mon bois, faire le ménage dans le garage, toutes des petites choses. L'autre jour, mon père m'a appelé pour installer les chaînes sur son tracteur. Et puis, on va aller pêcher aussi. Ça me valorise un peu. »

L'extrait suivant aborde l'excès de travail, perçu par Claude comme une manière de se protéger du suicide. Ainsi pour ce répondant, le travail représentait à la fois une cause à la crise suicidaire et un facteur de protection contre celle-ci.

« La performance au travail, c'était peut-être un défoulement pour ne pas passer à l'acte, inconsciemment. Ça prend une raison pour travailler de même, ça n'a pas de bon sens. »

D'autres répondants percevaient dans le travail un sentiment d'utilité bénéfique pour eux-mêmes et pour les autres.

« Dans le travail, c'est valorisant de donner aux autres qui ont besoin, de faire plaisir à l'autre (...) J'avais un gain moral pour moi-même quand je produisais. Je me disais que j'ai fait de quoi d'utile. » - Maurice

« Le travail est important dans la participation à la société (...) Ça te garde en santé, physique et psychologique. » - Gilles

Finalement, Paul a rapporté à quel point le travail intellectuel pouvait représenter un facteur de protection contre les problèmes du milieu agricole, qu'il a identifié comme la cause de nombreux suicides dans son entourage.

« Le p'tit fifi: le p'tit gars sage avec sa mallette le matin qui s'en va à l'école.

Il n'aura jamais de problème avec les fermes, il n'en veut pas. C'est pour ça que lui, il ne pensera jamais au suicide. » - Paul

En somme, tous les hommes rencontrés ont mentionné qu'ils accordaient une grande valeur au travail. Toutefois, leur situation personnelle ne leur permettait pas d'atteindre un niveau satisfaisant de performance. Les répondants se voyaient donc comme des individus inactifs dans un système qui valorise la performance. Si le travail est une source de fierté que plusieurs ont connue, l'absence de travail est décrite par les répondants comme une source de détresse. Cette condition a profondément miné leur capacité à accomplir des rôles également valorisés comme celui de pourvoyeur. À ce sujet, Serge a dit ressentir une grande honte à ne plus pouvoir remplir ce rôle envers son fils. La honte est aussi présente dans le récit de Claude, qui est passé d'un statut de contremaître performant à celui d'un homme ralenti par la dépression et par les antidépresseurs. D'un travailleur actif et autonome, il est maintenant dans une position de dépendance face à son épouse qui insiste pour limiter les tâches ménagères qu'il veut effectuer.

Dans les récits des répondants, la relation entre le travail et la dépression est à double sens. Claude a entretenu un rythme de travail qui l'a épuisé, tout comme Paul. Il ne leur est donc plus possible de performer selon leurs standards. À l'opposé, Serge, Jean et Gilles ont connu d'abord une perte d'emploi qui a porté atteinte à leur qualité de vie. Ainsi, la dépression peut forcer la perte d'emploi ou l'inverse, la perte d'emploi peut contribuer au développement de la dépression. Dans les deux cas, les exigences de performance sont impliquées et rapportées par les répondants qui se présentent en déviance par rapport à celles-ci. Le tableau 7 à la page suivante résume les différentes composantes du travail reliées à la détresse et à la crise suicidaire. Pour tous les tableaux de résultats, seuls les extraits les plus représentatifs sont mentionnés.

Tableau 7 : Le travail en tant que cause perçue de la détresse et de la crise suicidaire

description	citations
l'excès de travail en tant que cause de la détresse	"Tu travailles, tu travailles, puis il en reste de moins. Et moins il en reste, plus tu travailles pour t'en sortir. Là, tu te dis que t'es aussi bien de t'accrocher parce que tu n'en verras pas le bout." - Paul
	"Mon beau frère a dit ça à son père : « Si tu ne m'avais pas obligé à reprendre la ferme, je serais encore là aujourd'hui ». Et il s'est tué dans l'étable." - Paul
	"Pour mon père, il fallait tout le temps que ça grouille, puis s'il y avait de la job dure à faire, il fallait tout le temps que ça soit lui qui aille la faire. Pour lui, il fallait que ça soit difficile. Mais moi, je ne veux pas travailler tout le temps." - Paul
	"(Être malade quand son père ne l'a jamais été) Bien tu passes pour un lâche. C'est pour ça que j'ai caché ma dépression le plus longtemps possible." - Paul
	"Parce que moi, j'étais un homme bien vite avant. J'étais toujours performant. J'étais fou de travailler de même, ça m'a rien donné de plus, je ne suis pas plus riche aujourd'hui." - Claude
la perte de travail en tant que cause de la détresse	"J'aime ça travailler manuellement, mais là, à cause de mon accident de travail, je ne peux plus. C'est très dur sur le moral." - Jean
	"L'arrêt de travail : comme une bombe, ça a coupé ma vie. J'ai travaillé tout le temps de ma vie et ça me tombe dans la face cette affaire-là." - Claude
	"Quand on te dit du jour au lendemain qu'on a plus besoin de tes services. Ça donne une claque. J'ai donc commencé à m'isoler dans mon appartement." - Serge
	"Je suis en chicane avec la compagnie pour qui je travaillais. Ils ne veulent pas me reprendre, puis ils ne veulent pas me donner mon assurance. C'est une autre affaire pour virer fou !" - André
la perte statutaire reliée au travail en tant que cause de la détresse	"J'avais une bonne job et j'ai tout perdu. Ma job, c'était ma vie." - Claude
	"Donc avec la chute de salaire, je ne suis plus capable de subvenir aux besoins de mon fils. C'est honteux, c'est gênant." - Serge
	"L'homme se sent responsable de la famille. Puis là, le gars perd sa job, puis là, ça marche plus comme avant parce qu'il n'a plus assez d'argent pour faire vivre sa famille comme avant." - Jean
	"Dans ce temps là, ma femme travaillait. Moi je ne travaillais pas. J'avais honte de ça vu que je ne travaillais pas." - Claude
	"Face aux autres hommes présents dans le garage, je me sens diminué, anormal. Tu vois qu'ils sont vifs, ils travaillent, pis moi je suis comme « slomo » avec les médicaments." - Claude

Tableau 7 : Le travail en tant que cause perçue de la détresse et de la crise suicidaire (suite)

description	citations
la perte statutaire reliée au travail en tant que cause de la détresse	"Plus capable de travailler, je n'ai plus rien à faire. J'ai trouvé ça très dur : ne plus aller voir les amis, les hommes que j'avais." - Claude
	"Je suis blessé, je me sens mal de ne plus de travailler pour ce qu'un autre pourrait avoir besoin. Je suis inutile. Je ne suis pas en chaise roulante, mais je suis rendu quasiment un poids qu'on prend et qu'on tasse." - Maurice
	"Je n'ai pas le droit à l'échec. Je suis supposé être là pour produire, je suis supposé être là pour aider et je ne suis plus capable, en dedans de moi, c'est un échec, je n'accepte pas les échecs." - Maurice
	"Si je ne suis plus bon nulle part, je vais être bon avec ma corde." - Maurice
	"Les attentes sociales envers un homme : de l'avancement dans son travail, de l'évolution (...) Qu'ils soient performants. Même si je n'arrive pas à être un ce ceux-là à 100%, je le ressens, puis je le vis en quelque part. Je suis sur l'aide sociale, ce n'est pas évident d'avoir les mêmes buts. Surtout avec des problèmes physiques." - Gilles
le travail intellectuel en tant que facteur de protection de la détresse	"Le p'tit fifi: le p'tit gars sage avec sa mallette le matin qui s'en va à l'école. Il n'aura jamais de problème avec les fermes, il n'en veut pas. C'est pour ça que lui, il ne pensera jamais au suicide." - Paul
le sentiment d'utilité en tant que facteur de protection de la détresse	"Bien (malgré la dépression), je suis capable de faire des choses manuellement, je ne suis pas complètement débile." - Claude
	"Je sais encore me servir de mes mains. J'ai fait 15 cordes de bois là. J'ai abattu les arbres, rentré mon bois, je fais le ménage dans le garage, toutes des petites choses." Claude
	"L'autre jour mon père m'a appelé pour installer les chaînes sur son tracteur, installer le souffleur. (...) Tout ça me valorise un peu." - Claude
	"La performance au travail, c'était peut-être un dévouement pour ne pas passer à l'acte, inconsciemment. Ça prend une raison pour travailler de même, ça n'a pas de bon sens." - Claude
	"Dans le travail, c'est valorisant de donner aux autres qui ont besoin, de faire plaisir à l'autre." - Maurice
	"J'avais un gain moral pour moi-même quand je produisais. Je me disais que j'ai fait de quoi d'utile." - Maurice
	"Le travail est important dans la participation à la société. (Aussi), ça te permet une autonomie financière, ça te garde en santé, physique et psychologique." - Gilles

4.1.2 Les difficultés et la perte des responsabilités paternelles

Tout comme le travail, la paternité est présentée comme une source de valorisation, alors que la perte des responsabilités paternelles, ou les difficultés dans l'accomplissement celles-ci, représentent une source de souffrance et de honte. Jean a expliqué comment ses difficultés paternelles étaient reliées à sa détresse et à sa crise suicidaire.

« Je pense encore au suicide quand ça va mal. Surtout quand je vais voir mon fils à la maison de la famille. Je ne suis pas capable. Je suis obligé d'aller voir mon fils 3 heures par semaine à la maison de la famille. Puis je DÉTESTE ça. À chaque fois, je sors démoli. »

« (Être séparé de son fils), pour moi, c'est comme si tu m'avais arraché un bras. J'aimerais ça aller à l'école puis le voir évoluer. C'est frustrant! J'aimerais ça savoir comment il va à l'école, puis aller aux réunions de parents. Vivre une vie normale. »

« Quand la DPJ m'a annoncé que mon fils ne viendrait plus, j'ai fait une autre tentative. »

Un autre répondant a identifié la séparation avec son fils comme une cause de sa détresse. Selon Serge, la perte de son emploi a eu de graves conséquences sur la qualité de la relation avec son fils et sur son estime.

« Je ne suis pas capable de faire face à mon fils, comment dire à mon fils que l'an prochain, je ne serai pas capable de lui payer son collège! De la honte, de la honte. Puis de lui dire que « tu ne pourras pas venir vivre avec papa, parce que papa n'a pas encore les moyens ». C'est honteux, c'est gênant. »

« J'aimerais être présent pendant qu'il passe ça (l'adolescence) et je ne le suis pas. Bien, je devrais être là pour l'encadrer et je ne suis pas capable d'être là. Ça, ça me démoli, ça me détruit... On dirait que je fais 2 pas en avant et que j'en recule 3. »

« C'est comme si je n'étais plus capable de remplir mon rôle de père. Puis je pense que la société, comment elle est conçue, ne m'aide pas à le remplir. Ça fait juste alimenter la honte, la faire ressentir un peu plus. Parce que la société dit « tu devrais être capable. » »

Ainsi, la difficulté à accomplir les rôles paternels est perçue comme un échec et cette situation est renforcée par l'impression qu'a décrit le répondant de l'impossibilité, pour un père, de faire reconnaître ses droits. Cette impression est présentée par un autre répondant, qui rapporte un passage de son divorce.

*« Au divorce, l'avocat m'a dit: « de toute façon, ça te donne rien d'essayer de contester, c'est toujours la mère qui gagne, laisse-lui donc les enfants. »
Moi, je suis quoi alors... le géniteur ? » - Maurice*

Le discours de Maurice peut être interprété comme une perte identitaire : le passage d'un rôle de père à celui de géniteur.

Dans certains cas, la perte de la relation paternelle et la perte de la relation conjugale sont mentionnées ensemble comme étant des causes perçues de la détresse et de la crise suicidaire. La solitude induite par le départ de la conjointe et des enfants est une cause perçue par Maurice.

« Je me marie, j'ai ma femme, j'ai trois enfants, ils partent tous et je me retrouve tout seul. Je sers à quoi moi? »

Dans le cas de Jean, les pertes familiales sont décrites comme étant au cœur de sa crise suicidaire. Les causes perçues sont le départ de sa conjointe et sa dépendance à celle-ci. Lui qui a déjà connu une vie rangée avec emploi, femme et enfant, est maintenant coupé de ces trois sources de valorisation.

*« J'aimerais ça retrouver mes responsabilités en tant que père et conjoint
(...) Ça je prends ça bien dur, je l'ai sur le cœur en tabarnak. Des fois je suis tout seul ici puis je pleure. Je ne comprends pas encore pourquoi. »
« J'aime encore la mère de mon gars. Ça fait 4 ans qu'elle est partie puis je pense toujours à elle. J'aimerais ça retrouver ma vie que j'avais avant quand j'étais avec elle et mon fils. »*

En somme, les pertes paternelles et conjugales sont identifiées par plusieurs répondants comme étant à l'origine de leur détresse et de leur crise suicidaire. À l'inverse, une relation paternelle, même réduite, peut être perçue comme un facteur de protection contre le suicide. C'est ce qu'a expliqué Jean.

« Ma vie tourne autour de mon gars, c'est ma vie tu sais. (...) Je me rends sur la dépression à cause de ça : je pleure, pis là, je voudrais mourir. (...)

Mais je ne peux pas faire ça à mon fils : les tentatives sont des coups de tête, tu sais quand tu as vraiment mal : écoeuré de vivre, de la merde ! »

4.1.3 La perte de la conjointe

Pour cinq répondants sur neuf, la perte de la conjointe a été mentionnée en tant que cause de la détresse et de la crise suicidaire. Dans le cas de Richard, c'est l'événement lui-même qui est identifié comme le point de chute de sa santé mentale.

« Tout mon monde venait de s'écrouler autour de moi dans une fraction de seconde. Quand j'ai vu le serrurier changer les serrures dans la maison pendant que j'étais là. C'était un non retour. C'est là que j'ai réalisé que ça venait de finir (...) C'est là que j'ai réalisé que j'étais expulsé... par des gens que je connaissais. Quand je suis sorti de la maison, il y avait un camion de policiers superviseurs, une auto de police et le camion du serrurier. La voiture de mon ex-conjointe et celle de la belle-mère. Tout un déplacement pour mon convoi, mon exécution (...) C'est là qu'est apparu le poids sur mes épaules, je ne pouvais plus rien faire, ce n'était pas moi qui avais le contrôle. J'étais sans ressources. Ça a dérapé, c'était hors contrôle et ce n'était pas moi qui conduisais. Perte de contrôle totale.

Dans la rupture, Richard a rapporté plusieurs pertes perturbantes. Dans l'extrait précédent, il a d'abord cité la perte de son domicile. À cette chute s'ajoutait une perte de contrôle.

« Je me suis trouvé tout d'un coup avec mon animal sur le perron: perte de contrôle totale ! (La rupture), c'est un vide. Tu perds tout ce qui est rationnel : tes valeurs, ton travail ne t'intéresse plus, ce qui était ton hobby est sans intérêt. »

« (Durant la rupture) : j'ai senti une perte de valeurs, perte de dignité, perte identitaire. C'est un blackout, tu ne vois plus clair. »

« Puis quand elle a envoyé le huissier, je n'étais plus considéré conjoint de fait au niveau de la loi. J'étais considéré comme invité. Même après 5 ans de vie commune ! Ce qui m'a fait mal, c'est de ne plus être conjoint de fait, d'être un invité. Le fond du baril était creux. Je trouvais ça tellement gros de perdre ce que j'étais. »

La chute de son statut marital, de « conjoint de fait » à « invité », et la rapidité de celle-ci

sont perçues en tant que causes de l'apparition des idéations suicidaires.

« Il y a eu un manque de respect dans la manière dont la rupture s'est déroulée. Au lendemain de ma rupture, je me sentais comme un vagabond, parce que là, tu te ramasses sans ressource... mais je suis un homme, on va passer à travers. »

À travers tous ces extraits, Richard exposa l'étroite relation entre sa rupture conjugale, sa détresse et la crise suicidaire.

La perte de la conjointe est exprimée en termes radicaux, comme le démontre la description que fait Maurice de son divorce.

« Mais du moment où j'ai eu le divorce, c'est là que j'ai eu le coup de hache dans la tête, si tu veux là (...) Ça fait 10 ans que je suis divorcé et j'ai encore de la difficulté à l'accepter: 20 ans avec une femme pis elle part avec ton frère, c'est raide pas mal. »

Pour Maurice, les pertes relationnelles (conjointe et enfants) représentaient une des causes de sa crise suicidaire.

« La solitude y fait aussi pour beaucoup dans les idées suicidaires. J'ai deux de mes enfants qui reviennent rester avec moi. Rendu à Noël, ils s'en vont avec leur mère et je me retrouve tout seul. Je sers à quoi moi? À rien? Je suis tout seul dans un coin puis il me semble que ce n'est pas normal que je sois tout seul dans un coin. »

Dans le récit de Gilles, c'est le décès de sa conjointe qui est identifié comme la cause des tentatives de suicide de ce dernier.

« Ça faisait longtemps que j'avais des idées... depuis que j'ai appris le décès de ma copine, j'ai voulu aller la rejoindre. J'ai beaucoup de misère avec ça. J'ai acheté des produits de beauté et j'ai magasiné de la lingerie comme si elle était encore là. Avant la tentative, je me sentais dépressif: j'étais anxieux, angoissé et c'était difficile d'en parler (...) Le désarroi profond, la profondeur du cri d'alerte. Il y a juste un fil qui me retient à la vie « hé, à l'aide ! » ».

Pour cet homme, la perte conjugale est identifiée comme un facteur précipitant la dépression.

« Les pertes de toutes choses peuvent déclencher la dépression: la non

réussite d'un but, les déceptions amoureuses (...) C'est beaucoup quand je perds quelque chose. C'est comme si on me donnait un coup de poing. »

4.1.4 La solitude

À quelques reprises, la solitude a été rapportée sans référence à une perte relationnelle récente ou marquante. Dans le discours des répondants, la solitude est souvent évoquée comme une cause de la détresse, alors qu'elle est aussi rapportée en tant que conséquence de la détresse. Dans son expérience, André a décrit la détresse, l'attente et la solitude en synergie, ce qui laissa progressivement place à des idéations suicidaires.

« L'attente, quand tu es pris tout seul chez vous, tu t'ennuies, tu déprimes. Mais tu ne peux pas recevoir l'aide tout de suite, donc tu capotes encore plus. Puis après ça, ils te disent que t'es fou. Bien c'est ça, je suis fou, envoyez-moi à l'hôpital et laissez-moi là! »

Pour Louis, la solitude a fait partie intégrante de la dépression alors que pour d'autres, il s'agissait du contexte dans lequel évolue la dépression.

« La dépression pour moi, c'est de rester chez vous, tu fermes les portes, tu fermes les fenêtres, tu restes tout seul chez vous, à la noirceur. Puis tu ne réponds pas à personne. J'ai vécu la solitude souvent. Je n'aime pas achaler personne, je n'aime pas que le monde m'achale. » - Louis.

« La dépression, c'est l'isolement. Tu es très bien isolé, puis ça fait du bien. » - Paul

« Et comme je suis nouveau ici, je me suis mis à m'isoler. Puis un moment donné, je n'étais plus capable de sortir de chez moi. J'allais faire mon épicerie en taxi et même, des fois, c'était le taxi qui m'amenait mon épicerie (...) Ça fait que...j'ai déprimé en ostie. Je me suis enfermé chez nous, je ne sortais plus de chez nous, je ne répondais plus au téléphone. Jusqu'à ce qu'à un moment donné, je me suis dit que j'étais plus payant mort que vivant » - Serge

4.1.5 Les dépendances

Pour certains répondants, les diverses formes de dépendance (alcool, jeu, drogues, dépendance affective) ont alimenté la détresse suivant un événement de vie difficile,

comme une séparation ou une perte d'emploi. C'est le cas de Maurice qui, après avoir décrit le rôle de son divorce dans sa crise suicidaire, a révélé l'effet suicidogène de son alcoolisme.

« Je pense que (la boisson) est une des premières causes qui m'a vraiment donné le goût de perdre la vie depuis mon divorce il y a 10 ans. » - Maurice
« La boisson m'aide encore plus à avoir des idées noires. Le suicide, ça ne sort pas de nulle part, il y a toujours un déclic, quelque chose. Moi, c'est la boisson qui m'amène toujours vers ces idées noires là. » - Maurice

Louis a également vécu une situation personnelle jugée insupportable, qui a entraîné chez lui une dépression. Il a identifié deux causes principales à l'origine de ses deux tentatives de suicide :

« La dépression c'est à cause de mes consommations et mes problèmes de santé ».

La consommation de drogues caractérisait également le récit de Paul. Ce dernier expliqua comment l'alcool et les drogues étaient utilisés pour maintenir son rythme de travail.

« Je travaillais comme camionneur puis comme cultivateur. Puis si tu veux arriver, il faut que tu mettes les bouchées doubles. Je travaillais 70 heures par semaine, je prenais des speed puis de la cocaïne pour pouvoir arriver. Après une journée de travail, ça m'arrivait d'acheter une caisse de 12 pour aller travailler dans l'étable toute la nuit. »

La consommation de drogues est rapportée à la fois comme l'origine et la conséquence de problèmes personnels comme l'expliqua Jean dans l'extrait suivant.

« Puis je regrette beaucoup ma galère de cet été. Avant j'avais mon cellulaire, ça allait bien... jusqu'à ce que la DPJ arrête les visites. Là, j'ai tombé, j'ai tout vendu mes affaires pour me geler puis tout. Je faisais de la coke cet été. C'était une évasion. Pendant que je consommais, j'avais du plaisir. Je ne pense pas à mes problèmes. Puis après, je regrette au bout puis je sens de la pression. J'en ai pour une semaine à m'en remettre. »

Pour sa part, André attribua sa seconde tentative à la dépression induite par ses problèmes de jeu pathologique.

« Je jouais dans les machines à poker, ça prenait de l'argent, donc je volais

encore! Le jeu peut t'amener sur la dépression, le jeu peut t'amener à bien des places. Il peut t'amener jusqu'au suicide. Tu perds, tu perds, tu perds et tu joues pareil. Je dois avoir perdu 3000\$ en une seule journée. Puis ce soir-là, j'ai eu des idées qui me sont passées par la tête (...) À force d'avoir des problèmes pendant toute la vie, tu penses à disparaître.»

« Quand tu es mort, tu n'as plus de problème, plus de dette, plus rien. Tu n'as plus de trouble à vivre : tu es mort (...) Je n'ai pas peur de mourir, c'est de souffrir que je ne veux pas ».

Dans ce dernier extrait, la crise suicidaire est présentée comme une réponse à la souffrance induite par les problèmes de jeu.

4.1.6 Les problèmes de santé physique

Certains problèmes de santé physique sont identifiés comme étant des facteurs qui contribuent à la détresse vécue par certains répondants. Pour Louis, c'était d'une part les problèmes de santé et la réponse institutionnelle qui ont été identifiés. Cet homme est atteint d'hépatite, il a aussi révélé des problèmes de consommation de drogue et connaissait d'autres graves problèmes de santé dont l'issue reposait entre les mains d'un psychiatre à qui Louis reprocha le manque de collaboration à son égard.

« J'ai un problème de santé avec mon foie et j'attends un traitement. Je suis allé voir un spécialiste et il m'a dit qu'on va attendre que le psychiatre décide quand ça va être le temps. Donc là, il faut que j'attende après le psychiatre puis lui, il ne veut pas m'aider... ça me fait capoter pas mal ».

Dans le cas d'André, l'attente suite à une opération pour un cancer, et ses conditions de rémission, sont perçues comme des causes de sa détresse.

« Je viens d'être opéré pour un cancer et j'ai beaucoup de misère avec ça. Ça serait supposé d'être réglé à l'heure actuelle. Mais comme je suis diabétique, ça complique les choses, puis je capote à cause de ça. Puis je suis supposé d'arrêter de fumer et je ne suis pas capable. Ils m'ont dit que ça serait réglé puis ce ne l'est pas. Donc, est-ce qu'ils m'ont dit la vérité ? Je ne sais plus qui croire. »

Pour Gilles, les problèmes de santé physique et l'attente de soins ont également été

perçus comme une source de détresse.

« J'ai une rechute de santé à cause de mon ACV. Ma main perd de la motricité, ma jambe perd de la motricité, mon pied aussi. Ça peut dégénérer très vite. Puis pour les soins, ça ne va pas avant six mois. Donc, j'ai peur que chaque jour que ça soit de pire en pire. J'ai déjà perdu de la force. »

4.2 La dépression

4.2.1 Description générale

À travers le récit des répondants, les problèmes personnels se combinaient et au fil du temps, cet amalgame se transforma en dépression. L'expérience de la dépression représentait la deuxième étape du processus de crise suicidaire. Le tableau 8 à la page suivante, présente les extraits où les répondants mentionnaient explicitement les liens perçus entre les causes et la dépression.

- | |
|------------------------|
| 1. Les causes perçues |
| ► 2. La dépression ◀ |
| 3. La crise suicidaire |
| 4. La demande d'aide |

Après avoir pris connaissance des conditions et des événements qui ont précédé la demande d'aide à l'Accalmie, les répondants ont été invités à décrire le rôle de la dépression dans leur crise suicidaire. Tous les répondants ont rapporté avoir connu des épisodes dépressifs dans les moments qui ont précédé leur crise suicidaire. Même si un des répondants était atteint d'un trouble bipolaire, ses propos portaient essentiellement sur ses épisodes dépressifs.

4.2.2 Une expérience souffrante

Claude a décrit la dépression comme une expérience de souffrance mentale. C'est d'ailleurs cette souffrance qui l'a poussé à se rendre à l'hôpital.

« T'es démoralisé sur tout, t'es négatif et agressif pour rien, t'es fatigué, tu pleures pour un rien. Un moment donné, j'ai demandé à ma femme de m'amener à l'hôpital: je ne suis plus capable, je suis à bout! »

Tableau 8 : Les liens entre les causes perçues et la dépression

Causes perçues	citation
Perte d'emploi ou de revenu	"À tous les jours j'ai mal et je pleure à cause de ma situation: j'avais tout avant. J'avais une maison, le gros salaire et j'ai tout perdu." - Jean Mon revenu est passé de 2200\$ à 701\$ par mois... la descente est assez grosse pour virer fou!" - André
problèmes financiers et familiaux	"C'est un état qui s'est progressivement ancré. À mesure que les solutions adéquates s'éliminent et que les problèmes grossissent." - Serge
perte amoureuse	"Je n'étais pas en état de décider, il n'y a plus rien qui marchait, j'étais déprogrammé. J'étais sans ressource de toute façon, je n'avais plus de toit. Tout mon monde venait de s'écrouler autour de moi dans une fraction de seconde. " - Richard. "La dépendance affective entre dans mon cas. Parce que j'aime encore la mère de mon gars. Ça fait 4 ans qu'elle est partie puis je pense toujours à elle. J'aimerais ça ravoir ma vie que j'avais avant quand j'étais avec elle et mon fils." - Jean
déviance aux normes	"Ça peut déclencher la dépression de ne pas performer assez: de ne pas être à la hauteur des attentes fixées par la société ou par la conjointe." - Gilles
paternité	"Mes problèmes (financiers et familiaux) me rendent dépressif." - Jean "Plus le goût de rien faire, je pense toujours à mon fils, je pleure tout le temps. Si mon coloc n'était pas là, je serais bien mort." - Jean
deuils, perte amoureuse	"c'est peut-être pas juste le fait de ce qui est arrivé dernièrement, mais aussi une accumulation : le décès de ma fille, pis ma femme, pis le gars qui se tient debout : moi, j'ai 50 ans, je me suis toujours tenu debout tout le long." - Serge

Richard a également décrit la dépression par la douleur vécue dans cette période qui a suivi sa rupture amoureuse et précédé sa crise suicidaire.

« Je me suis dit, si j'avais eu une arme à ce moment-là (à la rupture), j'aurais joué avec l'arme à feu, voir comment ça marche, je m'en serais tiré une. C'est parce que ça fait mal en dedans. Ce n'est pas comme une blessure qui est apparente, c'est encore pire que ça. C'est ça qu'il faudrait que les gens comprennent. Ce n'est pas une blessure physique, c'est pire que ça. C'est insupportable ce que tu as à supporter. Tu te sens lourd. »

Pour sa part, Serge a expliqué comment la dépression représentait un signal l'informant

d'une irrégularité dans ses fonctions.

« La dépression, c'est un état mental et physique... ton physique et ton mental t'envoient un signal d'alarme disant « arrête, de la manière que ça fonctionne, ça ne va pas bien » ».

4.2.3 Une perte de contrôle

Le thème de la perte de contrôle a été fréquemment utilisé par les répondants pour décrire la dépression.

« La dépression, c'est la perte de contrôle. Moi, à tous les jours j'ai mal ici (en pointant le cœur) puis je pleure. » - Jean

« Je n'étais pas en état de décider, il n'y a plus rien qui marchait. J'étais déprogrammé. Tout mon monde venait de s'écrouler autour de moi dans une fraction de seconde (...) Je ne pouvais plus rien faire, ce n'était pas moi qui avait le contrôle. Ça a dérapé, c'était hors de contrôle et ce n'était pas moi qui conduisais. Perte de contrôle totale. Là ça a tombé comme un problème de personnalité, je ne me reconnaissais pas, je ne reconnaissais pas qui j'étais. Puis c'est là que j'ai commencé à avoir peur. Je ne savais plus qui j'étais et j'étais perdu dans tout ça. » - Richard

Avec des antécédents psychiatriques qui remontent à l'adolescence, André a décrit pour sa part la dépression comme une introduction à la folie et à la perte de contrôle.

« La dépression pour moi, c'est la folie qui s'en vient, puis quand la folie s'en vient, bien c'est dangereux pour moi ou pour d'autres. Tu deviens nerveux, tu n'endures plus rien. Pour un rien tu t'en fais, tu n'as pu de contrôle autrement dit. C'est n'importe quoi qui arrive, n'importe quoi. Tu n'as plus de contrôle sur rien. Chez nous, je n'avais plus de contrôle, je n'avais plus rien, je braillais tout le temps... ça faisait que je voulais me tuer. »

Pour cet homme, la dépression était un état mental potentiellement dangereux pour soi et pour l'entourage. Elle est représentée par l'incapacité à garder son sang froid et par l'altération de son endurance. La perte de contrôle est perçue comme étant générale et suicidogène.

4.2.4 Un mal invisible

Des répondants ont rapporté la difficulté de gérer la dimension invisible de la maladie. Paul et Richard ont décrit comment ils vivaient avec une maladie dont les manifestations physiques sont inexistantes aux yeux de plusieurs, remettant en question la légitimité de celle-ci.

« C'est caché parce que c'est une maladie qui n'en est pas une. Tu t'arraches un bras, tu le sais que t'as de quoi. Moi, personne ne me dit dans ma tête que j'ai de quoi. Il n'y a pas d'effet physique ou du moins de quoi qui se voit. La petite vieille qui va monter les marches pliée en rond, elle est malade parce qu'elle a de quoi de physique. Moi je n'ai rien de physique. »

- Paul

« La maladie mentale, ça dérange parce que le malaise est ailleurs... il est au-dessus des épaules et ça fait peur au monde. Même moi, avant que j'admette que j'avais un problème de santé mentale, j'ai fait partie des gens qui ont peur de ça, moi aussi j'en ai eu des préjugés. Juste d'admettre, c'est l'enfer ! » - Serge

Une autre difficulté rapportée par les répondants est le besoin de devoir prouver que la dépression est une maladie sérieuse, préoccupante et souffrante. L'extrait suivant présente le dévoilement de la dépression de Claude à ses collègues de travail. Les extraits suivants présentent le dévoilement de la dépression de Paul à ses proches.

« À une rencontre, je suis allé les voir et je leur ai dit : « je ne vous souhaite pas de passer par là ». À ce moment-là, il parlait pas ni un ni l'autre. Ils ont vu que ce n'était pas une petite maladie que j'ai eue là. Ça m'a blessé. »

- Claude

« Mon père me disait « ton frère est à l'hôpital, ton frère a eu ci et ça ... » Et c'est quoi moi, je suis en vacances ici (en psychiatrie)? Il croit que je me repose ? Ça fait 2-3 mois que je suis d'un bord et de l'autre puis pour les autres, ce n'est pas grave ? » - Paul

« Mais ce que le monde ne savent pas, c'est que l'été, pendant qu'il fait 32°C dehors, à la place d'être dehors au soleil, bien tu es en dedans sur le divan avec ta couverte et tu regardes la télévision. » - Paul

« Au dépanneur, tu dois lui dire que tu ne peux pas le payer parce que tu as passé la semaine à l'hôpital. Pis là, il va dire « bien voyons donc, t'as pas

l'air si pire que ça »». - Paul

4.2.5 Le poids du regard des autres

Au-delà de l'expérience subjective de souffrance mentale caractérisée par la dépression, la stigmatisation et le jugement des autres sont rapportées comme les plus grandes difficultés liées à la dépression. Dans le récit de Claude, la dépression et les antidépresseurs ont induit un état mental altéré qui a miné sa capacité à performer. La différence qui apparaissait entre l'individu touché et ses pairs est identifiée par Claude comme la plus grande difficulté liée à sa dépression.

« (Le plus dur, c'est) les autres, le qu'en dira-t-on. Qu'est-ce qu'ils disent de moi, ça me fait quelque chose. Quand j'ai recommencé ma job de contremaître, j'entendais parler les hommes : « regarde le malade mental qui passe. Regarde le fou qui passe ». Ils pensaient que je ne les entendais pas, mais je les entendais (...) Mes hommes, je les estimais tous, autrement dit, j'étais un bon patron pour eux. Quand j'ai vu qu'ils me traitaient comme ça, je ne l'ai pas trouvé drôle du tout. J'ai perdu leur estime. »

La stigmatisation de l'individu aux prises avec la dépression est un élément mentionné par d'autres participants.

« Dans une usine, si un gars fait une dépression, les autres vont dire « ah, regarde si il est lâche, il voulait avoir 2 semaines de vacances ». C'est ce que j'ai vécu et ce que j'ai souvent entendu autour de moi (...) Il y un gars qui a fait une dépression dans mon bout, ça doit faire 8 ans et le monde en parle encore. » - Paul

« Avec la dépression, je me sens anormal. Ça me dévalorise auprès des autres. » - Claude

Parfois, la stigmatisation n'est pas rapportée comme l'action du milieu sur l'individu, mais comme un jugement porté par l'individu sur lui-même. Louis s'expliqua en ce sens.

« La dépression, c'est l'isolement, la noirceur, la solitude. Je n'aime pas achaler personne avec ça et inversement. »

Bien au courant de la manière dont la dépression est perçue dans son milieu, Paul a expliqué la nécessité de cacher celle-ci.

« L'herpès et les maladies mentales sont catégorisés pareilles, c'est la même

affaire : une maladie mentale, on cache ça voyons (...) Qui fait des dépressions d'habitude: les gens qui sont faibles. »

« Mais tu sais, en ville, une maladie mentale, tu connais pas ton voisin. Ce n'est encore pas pire. Puis moi en campagne, je connais le rang au complet et le village au complet. »

« La dépression, je n'en ai pas parlé à personne. Mes parents et ma blonde le savent. Puis suite à ça, tout le monde l'a su pareil. Moi les fêtes, c'est bien de valeur, mais cette année, je vais les passer tout seul chez nous. Parce que je ne suis pas prêt à les voir. »

Le dévoilement de maladies mentales chez les gens connus a renseigné les répondants atteints du sort auquel ces derniers risquaient de s'exposer s'ils révélaient leur dépression. Paul cita en exemple le cas d'Alys Robi.

« Combien de temps qu'Alys Robi a fait rire d'elle ? Ce n'est pas bien vu dans la société. T'es catalogué, on ne sait jamais ce que tu peux faire comme crise. »

De la même façon, le discours social sur la dépression est évoqué par les répondants pour décrire la stigmatisation à laquelle ils se sont exposés.

« La dépression, tu passes pour un fou, un détraqué, un malade mental, quelqu'un qui n'est pas comme les autres. » - Claude

« L'Accalmie, je voyais ça comme une maison pour les fous. Et ce n'était pas mon genre de me ramasser dans des maisons d'hébergement comme ça. Il faut que tu piles alors sur ton orgueil. » - Richard

« Il y en a, tu vas leur parler de dépression, il vont dire : « regarde, il est fou lui-là, débarrasse ! » » - André

Gilles rapporta également le jugement d'une personne à qui il a révélé sa dépression, comme il l'explique dans l'extrait suivant.

« La dépression, c'est difficile pour moi d'en parler. Je ne trouvais pas les personnes qui pouvaient m'écouter adéquatement. Puis lorsque j'en ai parlé à une personne dans un meeting, une personne m'a dit : « arrête donc de parler de ça, je veux pas t'entendre parler de ça ». Donc, ça m'a fermé à vouloir en parler. Je sentais que cette personne ne comprenait pas ce qui ce passait en dedans de moi. Elle m'a embarqué dans son auto et a dit : « Voyons, la vie est belle ». Puis elle voulait s'amuser pis moi je pleurais,

j'avais le goût de mourir. »

4.2.6 Les conséquences

La dépression a finalement été abordée sous l'angle de ses conséquences. Un répondant qui est en arrêt de travail depuis six ans pour dépression majeure a rapporté les changements dus à sa condition.

« La dépression m'a détruit pas mal. Elle a détruit beaucoup d'affaires. Le quotidien, tout ce qu'on fait quand on est normal: on se lève, on mange et on va travailler. » - Claude

La dépression est ici décrite à travers la destruction du quotidien et de la normalité du travail.

Pour résumer cette section sur l'expérience de la dépression, les tableaux des deux pages suivantes illustrent respectivement la dépression, telle que perçue par les répondants (tableau 9) et la dépression telle que perçue à travers le regard des autres (Tableau 10).

Tableau 9 : La dépression, telle que perçue par les répondants

perception	citation
maladie sérieuse	"Mais ce que le monde ne sait pas, c'est que l'été, pendant qu'il fait 32°C dehors, à la place d'être dehors au soleil, bien tu es en dedans sur le divan avec ta couverture et tu regardes la télévision." - Paul
	"Ils ont vu que ce n'était pas une petite maladie que j'ai eue." - Claude
souffrance mentale	"J'ai demandé à ma femme de m'amener à l'hôpital: je ne suis plus capable, je suis à bout!" - Claude
	"T'es démoralisé sur tout, t'es négatif et agressif pour rien, t'es fatigué, tu pleures pour un rien." - Claude
	"Ton physique et ton mental t'envoient un signal d'alarme disant "arrête, de la manière que ça fonctionne, ça ne va pas bien". - Serge
la dépression comme une perte de contrôle	" C'est là qu'est apparu le poids sur mes épaules, je ne pouvais plus rien faire, c'était pas moi qui avait le contrôle." - Richard
	"Je n'avais plus le contrôle, je n'avais plus rien, je braillais tout le temps... ça faisait que je voulais me tuer." - André
	"Ça a dérapé, c'était hors contrôle et c'était pas moi qui conduisait. Perte de contrôle totale. Là ça a tombé comme un problème de personnalité, je ne me reconnaissais pas, je ne reconnaissais pas qui j'étais. Puis c'est là que j'ai commencé à avoir peur. Je ne savais plus qui j'étais et j'étais perdu dans tout ça." - Richard
comparaison avec une maladie physique	"Ca fait mal en dedans. Ce n'est pas comme une blessure qui est apparente, c'est encore pire que ça. C'est ça qu'il faudrait que les gens comprennent. C'est pas une blessure physique, c'est pire que ça. C'est insupportable ce que tu as à supporter. Tu te sens lourd." - Richard
conséquences de la dépression	"La dépression m'a détruit pas mal. Elle a détruit beaucoup d'affaires. Le quotidien, tout ce qu'on fait quand on est normal: on se lève, on mange et on va travailler." - Claude

Tableau 10 : La dépression, telle que perçue à travers le regard des autres

perception	citation
La souffrance liée à la dépression est minimisée	"Mon père me disait "ton frère est à l'hôpital, ton frère a eu ci et ça ..." Et c'est quoi moi, je suis en vacances ici (en psychiatrie)? Il croit que je me repose?" - Paul
	"Au dépanneur, tu dois lui dire que tu ne peux pas le payer parce que tu as passé la semaine à l'hôpital. Pis là, il va dire "bien voyons donc, t'as pas l'air si pire que ça". - Paul
	"Ça fait 2-3 mois que je suis d'un bord et de l'autre puis pour les autres, c'est pas grave!" - Paul
	"Je ne me sens pas écouté. Les personnes ne comprennent pas le désarroi profond." - Gilles
la dépression est une réalité stigmatisante	"Dans une shop, si un gars fait une dépression, les autres vont dire "ah, regarde si il est lâche, il voulait avoir 2 semaines de vacances." C'est ce que j'ai vécu et ce que j'ai souvent entendu autour de moi." - Paul
	"Il y un gars qui a fait une dépression dans mon bout, ça doit faire 8 ans et le monde en parlent encore." - Paul
	"Face aux autres hommes dans le garage, je me sentais diminué, anormal: ils sont vifs et travaillants, puis moi, je suis lent à cause de la dépression et encore plus à cause des médicaments." - Claude
	"Avec la dépression, je me sens anormal. Ça me dévalorise auprès des autres." - Claude
	"Il y en a, tu vas leur parler de la dépression et ils vont dire "il est fou lui-là, débarrasses!" - André
	"La dépression, c'est l'isolement, la noirceur, la solitude. Je n'aime pas ahaler personne avec ça et inversement." - Louis
	"L'herpès et les maladies mentales sont catégorisés pareilles, c'est la même affaire. Une maladie mentale, on cache ça voyons! " - Paul
	"La dépression, tu passes pour un fou, un détraqué, un malade mental, quelqu'un qui n'est pas comme les autres." - Claude
	"Combien de temps qu'Alys Robi a fait rire d'elle ? Ce n'est pas bien vu dans la société. T'es catalogué, on ne sait jamais ce que tu peux faire comme crise." - Paul
	"La dépression, je n'en ai pas parlé à personne. Mes parents et ma blonde le savent. Puis suite à ça, tout le monde l'a su pareil. Moi les fêtes, c'est bien de valeur, mais cette année, je vais les passer tout seul chez nous. Parce que je ne suis pas prêt à les voir." - Paul
	"Qui fait des dépressions d'habitude: les gens qui sont faibles." - Paul
	"L'Accalmie, je voyais ça comme une maison pour les fous. Et c'était pas mon genre de me ramasser dans des maisons d'hébergement comme ça." - Richard

Tableau 10 : La dépression, telle que perçue à travers le regard des autres (suite)

perception	citation
la dépression est une réalité stigmatisante	"Mais tu sais, en ville, une maladie mentale, tu connais pas ton voisin. Ce n'est encore pas pire. Puis moi en campagne, je connais le rang au complet et le village au complet." - Paul
	"Le plus dur dans la dépression: les autres, le qu'en-dira-t-on. Les gars à la job disaient "regarde le malade mental qui passe, regarde le fou qui passe." J'ai perdu leur estime et ça m'a blessé." - Claude

4.3 La crise suicidaire

4.3.1 Une solution à la souffrance

Le suicide est rapporté par certains répondants comme une manière de faire cesser une souffrance reliée aux problèmes personnels vécus.

« (Le suicide), il faut qu'on le fasse le plus vite possible pour arrêter de souffrir. » - Claude

« Les tentatives sont des coups de tête quand tu as vraiment mal. » - Jean

« Ça fait mal en dedans (...) C'est insupportable ce que tu as à supporter. Je voyais ça (le suicide) comme une porte de sortie facile. Ça a l'air tellement facile: bang, c'est réglé, puis la vie est belle. » - Richard

« À force d'avoir toutes sortes d'expériences comme ça (prison, psychiatrie, jeu pathologique), des problèmes pendant toute ta vie, bien là, tu viens que tu penses à disparaître. C'est là que tu penses au suicide. Je ne me sentais pas aimé. Je me suis dit : je ne ressortirai jamais de prison. Donc, dans ce temps-là tu y penses à te suicider. » - André

4.3.2 Les discours sur les tentatives de suicide

Certains répondants ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Ces répondants ont été invités à s'exprimer sur la manière dont ils percevaient les tentatives à partir de leur propre expérience. L'extrait présente les pensées de Paul après sa seconde tentative de suicide.

« J'étais très fâché de ne pas avoir réussi. La deuxième fois, le nœud a cédé durant le passage à l'acte. Je me suis dit « tabarnak, je ne suis pas capable ! » Mais ce qui est long, ce n'est pas la préparation : la fraction de seconde où ton pied quitte la chaudière, ça, c'est interminable ».

Le suicide non complété est ici rapporté en tant qu'échec et incompétence. Cette manière de percevoir la tentative de suicide a également été partagée par Louis et Claude.

« La tentative, c'est un échec : tu te sens vraiment con ! » - Louis

- | |
|----------------------------|
| 1. Les causes perçues |
| 2. La dépression |
| ► 3. La crise suicidaire ◀ |
| 4. La demande d'aide |

« Après la tentative, on ne se sent pas bien, on n'est pas fier de notre coup. Moi je voulais me suicider, mais je n'ai jamais bien fait pour me suicider, j'ai déjà installé les câbles, mais je n'ai pas fait le geste » - Claude.

Ainsi, la tentative de suicide qui n'aboutit pas à la mort a représenté pour ces hommes un échec qui génère une honte personnelle.

4.3.3 Les discours sur le suicide : pendant et après la crise

Les répondants présentaient généralement deux discours différents sur le suicide. Selon les répondants, c'est durant l'intervention thérapeutique (à la maison d'hébergement pour personnes suicidaires) que leur discours sur le suicide a changé. Ainsi, le discours sur le suicide avant et pendant la crise suicidaire contraste avec celui qui réfère à la période suivant la crise, soit durant ou après la thérapie. Paul a exprimé différents discours sur le suicide.

Avant et pendant: *« Tu travailles, tu travailles, puis il en reste de moins. Et moins il en reste, plus tu travailles pour t'en sortir. Là, tu te dis que t'es aussi bien de t'accrocher parce que tu n'en verras pas le bout : on se pend ou on se tire une balle. »*

Après : *« Mon beau-frère avait des problèmes puis il s'est tué. Moi, je me vois comme quelqu'un qui veut essayer quelque chose d'autre. Je me dis qu'il y a une vie et qu'elle ne doit pas être si pire que ça si il y a des milliards qui la vivent. » - Paul*

Dans son récit, Richard met l'emphasis sur son changement de perception à travers ces étapes.

Avant : *« L'Accalmie, je voyais ça avant comme une maison pour les fous (...) J'ai un collègue qui m'a conté que lui, un chasseur, il a des armes, il a vécu une séparation l'an passé qui était bien difficile, mais il n'a pas demandé d'aide. Il s'est réveillé un moment donné avec le canon de son (calibre) 12 dans la bouche. Il l'avait pompé et il était prêt à tirer. Il avait le doigt sur la gâchette et il était prêt à se suicider. Je me dis « il est fou, pour une femme, il était prêt à faire ça ? ». Puis effectivement. Je pensais qu'il était fou. »*

Pendant : *« Mais je me suis dit, si j'avais eu une arme à ce moment-là (à sa propre rupture), j'aurais joué avec, voir comment ça marche, je m'en serais tiré*

une. C'est parce que ça fait mal en dedans (...) Je voyais ça comme une porte de sortie, facile. Ça a l'air tellement facile : bang, c'est réglé puis la vie est belle. Puis ça ne règle rien... que tu disparaisses de la Terre, t'es plus là. »

Après : *« Je me suis assis sur un banc, j'ai fermé les yeux puis j'ai écouté les oiseaux. Le soleil était là, puis ça ne coûtait pas cher. Tout était là : il suffisait juste d'aller regarder. C'est une solution moins désastreuse que le suicide, pas mal moins ! C'est après que tu le réalises. Ce qui m'a épaté, je me regarde de loin, je me vois aujourd'hui, ce n'est pas le même gars. C'est pour ça que je te dis qu'il y a eu l'avant, le pendant, puis l'après. Je suis dans l'après. Si ça se maintient comme ça, je n'en demande pas plus de la vie. Pis si j'avais été millionnaire, l'argent n'aurait rien changé. Il faut être attentif à l'être humain ».*

Dans ces extraits tirés du récit de Richard, le suicide est d'abord décrit comme un geste irrationnel. Pendant la crise, le répondant a décrit le suicide comme une solution appropriée et facile pour mettre fin à une grande souffrance. À la suite de cet événement, le suicide est perçu comme un geste aux conséquences terribles. Finalement, ce répondant a exprimé une certaine sérénité par rapport à son cheminement personnel depuis sa crise suicidaire. Le discours sur la demande d'aide a également fait l'objet d'un changement important pour les répondants.

4.4 La demande d'aide

Cette section aborde en premier lieu les difficultés qu'ont vécues les répondants dans les demandes d'aide qui ont précédé leur crise suicidaire. Il est

ensuite question de l'expérience de la demande d'aide en milieu psychiatrique, puisque six répondants sur neuf ont eu recours à ce type de services. Troisièmement, nous abordons un événement important et inattendu qui est survenu durant les entretiens. Les répondants se sont exprimés sur la demande d'aide à travers deux discours antagonistes, soit (1) le discours avant l'intervention thérapeutique pour crise suicidaire et (2) le discours après l'intervention. D'après les propos des répondants, la demande d'aide pour

1. Les causes perçues

2. La dépression

3. La crise suicidaire

► 4. La demande d'aide ◀

leur crise suicidaire correspond à l'interruption de ce processus de crise.

4.4.1 Une expérience dépressiogène et suicidogène

La demande d'aide peut être en soi une expérience déplaisante et choquante. Les répondants se sont exprimés sur les difficultés rencontrées au moment où les démarches d'aide ont été entreprises pour solutionner les problèmes personnels. Les demandes d'aide infructueuses ont été identifiées par plusieurs répondants comme étant des facteurs qui ont contribué à leur crise suicidaire. Cet homme exprime une grande frustration sur le manque de ressources pour les pères en difficulté.

« Avant de me rendre à l'Accalmie, j'ai essayé des choses (...) C'est frustrant! C'est bien frustrant parce qu'au niveau de l'aide, je ne suis pas sur l'aide sociale, donc je n'en ai pas. Au niveau de certaines aides face à mon fils, je n'y ai pas le droit. Bien il y a même des appartements supervisés par la DPJ, pour les femmes qui vont chercher les enfants et qui peuvent leur faire passer une fin de semaine dans un appartement supervisé. Un homme n'a pas le droit à ça. Si on enlève les sexes, on est deux êtres humains pareils. Mais moi, je suis supposé être capable. Bien, c'est peut-être pour ça qu'il y a plus de suicide chez les hommes, il n'y a plus de ressources. »

Dans l'extrait suivant, Gilles indique que les difficultés qu'il a rencontrées dans son parcours d'aide ont contribué à sa dépression.

« Je suis révolté des fois. Bien, pas des fois, je suis révolté. Ça porte aussi à la dépression des fois. D'être refusé par les services sociaux et médicaux, ça incite à vouloir tout abandonner. »

Pour certains répondants, les délais d'attente ont figuré parmi les difficultés rencontrées dans leur démarche d'aide.

« J'avais demandé un rendez-vous avec un psychologue et le médecin m'a dit que j'aurais un rendez-vous fin 2008-début 2009 (soit 2 ans plus tard). Mais c'est maintenant que j'en ai besoin. » - Paul

Pour André, la dimension suicidogène de la demande d'aide reposait dans le délai qui est nécessaire avant que la demande soit prise en charge.

« Au CLSC, tu leur demandes de quoi pis c'est toujours attends, attends,

puis attends. C'est ça que je n'aime pas. J'aurais besoin d'un psychologue, mais là ça va aller dans un mois d'ici, puis ça veut dire : attends! Mais ce n'est pas dans un mois que j'en ai besoin, c'est tout de suite (...) Donc, attendre et attendre, il peut se passer beaucoup d'affaires durant le temps de l'attente. Comme le suicide, il peut venir avant que les réponses viennent, parce que c'est toujours la réponse que t'as : attends. Dans l'attente, tu capotes encore plus. »

André a également identifié les difficultés d'accès à l'aide en milieu carcéral.

« Au pénitencier, t'avais de l'aide, mais quand eux autres voulaient. Tu pouvais voir des psychologues, mais quand les gardiens de prison voulaient que tu les voies, autrement tu ne les voyais pas. En prison, ce n'est pas toi le boss, c'est eux ! On se sent alors dévalorisé, on se sent déprimé, tu veux voir un spécialiste pour toi, pis ils ne veulent pas ... »

Pour ces hommes, la demande d'aide est perçue comme un événement traumatisant. Ils ont donc peu confiance en l'aide qui peut être apportée.

« C'est sûr, on peut faire des appels à l'aide, mais ça ne veut pas dire qu'on va toujours être répondu. Non, je n'y crois pas beaucoup » - André.

4.4.2 Le milieu psychiatrique

Une tentative de suicide se solde souvent par une admission à l'urgence d'un hôpital et au transfert à l'unité psychiatrique. Six répondants sur neuf ont séjourné dans une unité de soins en psychiatrie à la suite de leur crise suicidaire. Ce qu'ils ont dit de cette expérience portait essentiellement sur le rôle de patient en psychiatrie et sur la relation qu'ils entretenaient avec le personnel de l'unité psychiatrique. Nous présentons donc dans un premier temps les extraits qui traitent de la signification que les répondants ont accordée à leur condition de patient en psychiatrie. Dans un deuxième temps, nous présentons les descriptions que font les répondants de leur relation avec les infirmières, les intervenants sociaux et les psychiatres.

4.4.2.1 Être patient en psychiatrie

En raison de nombreux épisodes dépressifs, Claude a connu plusieurs séjours en psychiatrie. Il explique certains événements qui sont survenus durant cette période.

« J'étais toujours sur les médicaments, puis ils (le personnel hospitalier) m'ont coupé ça. C'est ça qui est un sevrage. Puis ils ne me l'ont pas dit. Donc, j'avais chaud durant la nuit, j'étais en lavette, je pensais que j'étais pour mourir, j'appelle la garde : « c'est parce qu'il fait chaud... ça n'a pas d'allure ». Le lendemain, je me lève, ça ne filait pas du tout. J'ai pris la bouteille de Coke, je l'ai cassée, puis commencé à me tailler les veines. Le gardien m'a arrêté tout de suite. Après ça j'ai été deux semaines en isolement, pour pas que je recommence ».

Dans cet extrait, le sevrage de médicaments est identifié comme étant à l'origine de la tentative de suicide. Dans le passage suivant, il revient sur le rôle central des médicaments dans son expérience en psychiatrie.

« J'étais toujours médicamenté, gelé, je n'étais pas bien du tout. Assez pour qu'une fois, je dormais la face dans mon lit. Le garde est venu pour me donner d'autres médicaments, il n'arrivait pas à me réveiller, quand il est venu à bout de me réveiller il m'a donné d'autres médicaments par-dessus. Imagines-toi comment j'étais médicamenté. » - Claude

L'expérience de patient psychiatisé est donc pour ce répondant caractérisée par un état mental constamment altéré par la médication. L'omniprésence de la médication en unité psychiatrique est également décrite par d'autres répondants.

« En psychiatrie, on est tous des zombies. » - Louis

« En psychiatrie, je ne me sentais pas bien : je dormais à la journée longue puis à la semaine longue. Ils me bourraient de pilules donc, j'étais un zombie. Puis, graduellement, ils ont baissé la médication et en dernier, j'avais l'air correct. » - André

« Tu te sens comme en prison. J'avais l'impression d'être comme une poubelle à médicaments : tu pèses sur la pédale, tu mets des pilules, puis tu refermes. J'en ai parlé avec plusieurs autres personnes qui y sont allées et c'est la même chose. Je me sentais comme un animal, un prisonnier, je me sentais mal là-dedans. Je me suis senti tout croche, isolé et frustré d'être là. » - Paul

Paul a abordé plus en détail sa perception de la contrainte. Être patient en psychiatrie représentait pour Paul une perte de force, d'autonomie et de liberté.

« Je me sentais faible, dominé bien gros, tout croche. Tu ne fais rien par toi-même. Je suis parti de quelqu'un qui avait de la liberté à ne plus en avoir du

tout. Ta liberté est réduite à un enfant de 4 ans ».

« Tu ne te sens pas comme Hercule : j'avais l'impression d'être comme ceux qui sont là depuis longtemps, qui marchent avec les épaules par en dedans, t'es soumis, soumis au bout puis tu attends, c'est un parking. »

Pour des répondants, les restrictions du milieu psychiatrique s'opposent à leurs responsabilités professionnelles. Pour cette raison, l'hospitalisation en psychiatrie peut être vécue comme une expérience pire que la détresse à l'origine de la demande d'aide.

« J'étais à l'hôpital pendant la saison des foins, donc je voulais aller faire mes foins puis ils ne voulaient pas. J'étais en train de virer fou. Ils étaient en train de me rendre plus fou que j'étais (...) La médication me rend moins tolérant et plus impulsif. » - Paul

L'expérience de patient en psychiatrie est décrite à travers la position de dépendance et l'amplification des perturbations mentales induites par les médicaments. Cette expérience est également décrite par son caractère stigmatisant. Dans l'extrait suivant, Paul décrit sa sortie de l'unité psychiatrique de l'hôpital.

« Je voulais sortir par la porte arrière, pour ne pas croiser trop de monde que je connais. Quand tu sors de la psychiatrie, si il y des gens qui te connaissent, tu ne veux pas qu'ils sachent que tu es là. Un bras cassé ça aurait passé mieux, mais la psychiatrie, tu n'as rien. Tu n'as pas de preuves, tu n'as pas rien ».

Les conditions relatives aux soins reçus en services psychiatriques font partie de la description que fait Serge de sa demande d'aide alors qu'il traversait sa seconde crise suicidaire. Au moment de sa tentative, il a été intercepté par des policiers qui l'ont accompagné jusqu'à l'hôpital.

« Depuis qu'un gars s'est suicidé en pleine salle d'urgence, ils ont pris des « mesures » : aussitôt qu'une personne arrive avec des idées suicidaires, on le met en isolement. On le rentre dans une chambre, on barre la porte, pas le droit de sortir, pas le droit de rien faire. On m'isole. C'est de mon plein gré que je me suis présenté à l'urgence avec les policiers qui m'ont accompagné. Après le triage, on me dit « déshabilles-toi, tu te mets en jaquette et tu t'en vas là. Le médecin va venir te voir dans 7-8 heures, puis tu ne sors pas ». C'est comme ça que ça se passe : tu es en état d'arrestation pour cause d'aliénation mentale. (La salle d'isolement), c'est une civière

avec des courroies. Ils peuvent t'attacher. C'est une petite aile fermée avec un poste de garde et quatre petites chambres. J'ai vu un médecin après 13 heures d'attente. Je ne pouvais rien faire, qu'est-ce que tu veux faire, tu es en isolement ! Tu penses à ce que tu fais ici... Un moment donné, tu te dis que tu veux juste parler à quelqu'un, parce que depuis le début, j'ai parlé avec des bonnes personnes : les policiers ont été d'une gentillesse extraordinaire, puis je leur lève mon chapeau. Ils ont bien agi, ils m'ont accompagné, ils ont expliqué à l'infirmière que je venais ici de plein gré... Ça fait qu'en processus de détresse, tu sais où tu t'en vas. Me retrouver dans une détresse comme celle-là et devoir repasser par tout ce processus là, je ne suis pas certain que je serais partant : peut-être que je n'aurais plus la force. »

L'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide est décrite comme une déviance criminelle, un « état d'arrestation pour cause d'aliénation mentale ». Paul, Serge et Claude ont décrit l'hospitalisation comme une expérience qui affaiblit l'individu. Leur discours est marqué par les manifestations de contrôle qu'ils ont observées et subies au cours de l'hospitalisation en unité psychiatrique.

4.4.2.2 Relation au personnel des services psychiatriques

Une grande partie de l'expérience vécue en tant que patient en services psychiatriques repose sur la relation du répondant avec le personnel de l'établissement de santé. Ceci inclut les psychiatres, les infirmières, les intervenants sociaux, les psychologues et les gardiens. Certains hommes ont également parlé de la relation qu'ils entretenaient avec les autres patients. Les répondants ont décrit leurs contacts avec le personnel de la manière suivante :

« Le médecin te voit deux minutes le matin, l'infirmière prend la commande et tu es un zombie pour le reste de la journée (...) L'infirmière me donnait un petit pot avec des petites pilules dedans, puis prends un verre d'eau à côté... « Bonne journée ! » Il n'y a pas de traitement, c'est anti-personnel, les infirmières ne te parlent pas. Il n'y a rien de positif à aller là. » - Paul
« L'infirmière qui est là te donne tes pilules et te dis « ça va bien? » puis c'est tout : des distributeurs de pilules... On dirait qu'ils sont là pour distribuer des pilules, faire leurs rapports et puis c'est tout. Donc moi, je me

promenais toute la journée dans le passage. » - Jean

« Les contacts avec lui (le psychiatre), il n'y a en pas gros. Il nous demande comment ça va, pis il me donne ma prescription, pas plus que ça. Je suis suivi par un psychologue puis lui, il parle pas mal plus. Il m'aide à comprendre la maladie. » - Claude

« Il (le psychiatre) me bourrait de pilules. Il a commencé par une petite dose, il s'est rendu au bout de la dose puis je suis encore toujours aussi malade. Il me donnait une piqûre par semaine puis je suis toujours malade et c'est là que je suis venu ici à l'hôpital de Trois-Rivières, voir d'autres psychiatres et tout. » - Claude

Une autre dimension du contact avec le personnel des services psychiatriques est la relation de pouvoir qui caractérise ce contact. Deux répondants rapportent avoir eu d'importants conflits avec les gardiens et les infirmières.

« Ils m'ont attaché plusieurs fois dans l'isolation. La première fois, c'est l'infirmière en chef qui m'a amené en isolation. J'ai mis mes mains sur le bord de la porte, je l'ai pris et je lui ai renté la tête la première dans le mur. Je lui ai dit « tu m'attacheras pas toi ! » Ils ont sauté 15 sur moi. Parce que j'avais cogné fort dans la vitre... pour les infirmières. Parce que ça faisait plusieurs fois que je cognais puis ils ne me répondaient pas. J'ai donné un gros coup de poing dans la vitre. Ils se sont tous levés : « ah, ça réagit, regarde donc ça » ! Moi, je n'aime pas être enfermé puis contrôlé. Je suis capable d'endurer jusqu'à un certain point, mais là, lâchez moi ! » - Jean.

« À l'hôpital, ils m'ont mis dans le trou : une chambre capitonnée. Tu es là et tu cries au meurtre, puis tu n'arrêtes pas et ils ne viennent pas te voir. Un coup, j'ai réussi à ouvrir la camisole de force qu'ils m'avaient mise. Je me suis foutu de leur gueule ! J'étais dans la porte : « tiens mes maudits, j'ai réussi à l'enlever la camisole de force, je suis meilleur que vous encore ». J'étais capable de passer par-dessus eux. Tout le monde cherche à faire ça. Mais ce n'est pas tout le monde qui réussit. Quand ils sont entrés, j'ai eu un tas de piqûres pour me geler. » - André

À travers ces récits, les répondants expriment leur relation à l'autorité des unités psychiatriques qu'ils ont fréquentées. Les comportements violents des répondants sont décrits comme le désir d'échapper au contrôle imposé par les gardiens et les infirmières.

Le fait de défier les sanctions imposées par le personnel hospitalier est considéré par André et Jean comme une manière de démontrer leur propre force et leur indépendance face à cette autorité.

L'unité psychiatrique a également été décrite par certains répondants comme un lieu où ils ont trouvé de la collaboration et de la fraternité. Celles-ci se manifestent notamment dans les relations que les répondants ont entretenues avec les autres personnes qui reçoivent des soins psychiatriques. À ce sujet, Claude décrit une journée typique dans ce milieu.

« Ça marche de même : tu te lèves, tu déjeunes puis tu te promènes dans le passage, tu viens que tu connais tout le monde, c'est comme un village, c'est curieux à dire, mais tu connais tout le monde puis c'est sûr qu'ils y en a qui sont hors de la réalité de la vie. Sinon, on écoute la télé. En après-midi, on peut sortir un peu, aller marcher, il y a des jeux de société, une petite salle. On peut descendre en bas, faire des ateliers, travailler le cuir. »

Claude est le seul répondant à rapporter des contacts positifs avec le personnel qu'il a côtoyé en milieu psychiatrique.

En psychiatrie, tu peux te confier, c'est des confidents. Si ça va mal, les gens qui se promènent dans le passage tu peux leur parler : qu'est-ce qui ne va pas, c'est ça qui est bon. Parce que les psychiatres, on les voit moins souvent. »

En somme, l'expérience en unité psychiatrique est donc essentiellement décrite par le caractère désagréable de la médication et par la honte reliée au caractère stigmatisant de la maladie mentale. Plusieurs répondants ont décrit le rapport de domination qui caractérisait leurs relations avec le personnel de l'unité psychiatrique. Bref, après leur séjour en unité psychiatrique, les répondants ont révélé un discours négatif de cette expérience. Pour la demande d'aide en milieu thérapeutique (non psychiatrique), le discours était plutôt négatif avant l'intervention thérapeutique, et plutôt positif après. Les sections qui suivent décrivent comment ce changement de discours sur la demande d'aide s'est effectué.

4.4.3 Les discours avant l'intervention thérapeutique

Certains hommes ont décrit la demande d'aide comme un fardeau imposé à autrui. Ils ont

ainsi été nombreux à souligner leur désir de ne pas se faire aider durant l'expérience des problèmes personnels qui a mené à la crise suicidaire. La demande d'aide était alors perçue comme une action qui nécessite de « passer par-dessus l'orgueil » : une expérience de honte.

« Je me referme à tout le monde qui veut m'aider (...) Je ne veux pas encombrer le monde avec toutes les affaires qui m'arrivent » - Paul

« C'est dur parce que moi, je voulais que personne ne m'aide, puis essayer de m'en sortir tout seul. Donc, il a fallu que je pile sur l'orgueil et faire quelque chose. » - André

« Parce que tant que tu ne piles pas sur ton orgueil, tu ne demandes pas d'aide à personne. Tu te dis : toi t'es capable, moi, je suis capable. Puis à un moment donné, tu vois que tu n'es plus capable. » - André

« Ce n'est pas évident d'avouer qu'on est à bout de souffle, qu'on est sur le bord de sortir le drapeau blanc et qu'on se rend. » - Gilles

« C'est gênant, je dois piler sur mon orgueil. Je me sens faible, j'ai besoin d'aide, je me sens vulnérable (...) Comme j'étais gêné de demander de l'aide, bien je n'en ai pas demandé. La dépression s'est donc aggravée. » - Louis

Pour certains répondants, la demande d'aide a été perçue comme une source de conflit. En effet, le besoin d'aide générerait chez ces hommes un conflit entre leurs rôles d'aidant, de pourvoyeur et de personne aidée. L'extrait suivant présente le conflit vécu par Maurice.

« Demander quelque chose : vraiment, la seule affaire que j'aurais été capable de demander c'est mon câble pour me pendre. Parce que je me disais, je n'ai pas le droit de demander parce que c'est moi qui écoute, je n'ai pas le droit de me faire écouter (...) Et encore aujourd'hui, j'ai peur de demander. Je me sens mal dans ma peau. Je n'ai pas le droit d'être à terre. Les autres ont besoin de moi, il faut que je sois là (...) Ça n'a pas de logique que je sois écouté, c'est moi qui a toujours donné de l'aide. »

Cet homme tirait une grande satisfaction personnelle dans l'aide qu'il pouvait apporter aux autres. Cette satisfaction est devenue au fil du temps une exigence incompatible avec la demande d'aide. Maurice décrit à quel point il craignait de demander de l'aide.

« Avant, me faire refuser de l'aide ça aurait été pire (que de s'enlever la vie).

Ce qui me fait peur, c'est la demande d'aide, parce que je n'ai jamais demandé. » - Maurice

Dans le récit de Gilles, la demande d'aide est également associée à la peur du refus.

« La peur du refus, c'est une des grosses raisons pourquoi les gens ne vont pas chercher de l'aide. C'est pour ça que je n'y allais pas moi. »

Dans l'extrait suivant, Richard, habitué à remplir le rôle d'aidant, exprime sa difficulté à demander de l'aide.

« C'est comme ma relation avec le client : il m'explique son problème, je règle son problème. C'est comme ça que je suis habitué à vivre. Là, j'arrivais dans un monde nouveau où c'était moi le problème et j'avais demandé à quelqu'un de régler mon problème. Je n'avais jamais fait ça avant. Donc, tu piles sur ton orgueil. »

Pour Serge, la demande d'aide est également perçue comme étant incompatible avec son rôle de pourvoyeur.

« L'homme est tellement ancré dans le rôle de pourvoyeur que quand c'est lui qui a besoin d'aide, tu te poses la question « c'est peut-être moi qui n'est pas correct ? » »

« Le besoin d'aide ne cadre pas vraiment dans le rôle de pourvoyeur. C'est comme si on me disait « t'as été pourvoyeur, tu as une certaine difficulté, bien redeviens-le. » »

4.4.4 Les discours après l'intervention thérapeutique

L'intervention thérapeutique qui a suivi la crise suicidaire est identifiée comme le moment où leur discours sur la demande d'aide a changé. Dans le passage suivant, un répondant critique son rapport à la relation d'aide.

« Moi je n'ai pas le droit de m'ouvrir... Ce n'est pas vrai, je suis en train de m'ouvrir et ça fait du bien. J'en braille peut-être par bout, c'est dur, mais il était temps que je le comprenne. » - Maurice

Pour certains répondants, cette intervention thérapeutique a été une occasion d'aborder le conflit entre leur rôle d'aidant-pourvoyeur et celui d'aidé.

« Aujourd'hui, j'ai le droit d'être écouté. J'ai le droit de demander. » -

Maurice

« Mais j'ai vu des hommes de 50-56 ans qui étaient dans la misère, c'est là que j'ai commencé à comprendre qu'il y avait un problème. Là, j'ai été épaté de voir que je n'étais pas tout seul. En fait, ça m'a remonté le moral. C'est difficile à dire, mais je n'étais pas tout seul. » - Richard

« Je le sais aujourd'hui que je n'ai pas de honte. Je le sais aujourd'hui que je n'ai pas de honte à avoir besoin d'aide. » - Serge

Plusieurs répondants ont décrit la demande d'aide comme un processus qui nécessite une attention particulière et qui est en lien avec la dimension humaine de la personne.

« Ce qui m'a épaté, je me regarde de loin, je me vois aujourd'hui, ce n'est pas le même gars ! » - Richard

« Demander de l'aide, pour moi, c'est un signe d'intelligence. Ce n'est pas facile, tout d'abord trouver la bonne ressource pour demander de l'aide. Mais c'est un besoin qui est fondamental, parce que toute personne, pour moi, toute personne doit un moment donné arriver à avoir besoin d'aide. Ça peut être mortel de passer à côté de l'aide offerte ou de celle que tu ne serais pas allé chercher. Ne pas être venu ici, je ne serais pas là pour en parler. » - Gilles

« Un homme, ça pleure, parce que ça sort ses émotions. S'il a besoin de pleurer, c'est parce qu'il est rendu au bout de son rouleau, il a de quoi de tragique, un homme, c'est un être humain. Mais avant ça, tu ravales... » - Claude

Le processus d'acceptation de la demande d'aide a pu s'effectuer par un changement de perception comme l'explique Paul, qui voit maintenant dans la demande d'aide une démarche alternative.

« Mon beau-frère avait des problèmes puis il s'est tué. Moi, je me vois comme quelqu'un qui veut essayer quelque chose d'autre. »

D'autres répondants sont allés plus loin dans la valorisation de la demande d'aide.

« C'est le plus beau rêve que je pouvais avoir: avoir de l'aide. » - Gilles

« Parler de la dépression, ça fait du bien, ça redonne confiance. » - Louis

« Demander de l'aide pour moi, c'est un signe d'intelligence. » - Gilles

« Demander de l'aide, c'est se donner une chance. » - Paul

Lorsqu'il a abordé ses propres résistances à la demande d'aide, Gilles a souligné les conséquences possibles de ces résistances.

« Ça peut être mortel de passer à côté de l'aide qui peut être offerte, ou de celle que tu ne serais pas allé chercher. Parce que moi, ne pas être venu ici (à l'Accalmie), je ne sais pas si je serais encore là pour te parler. » - Gilles

Finalement, Serge a démontré l'acceptabilité de son propre besoin d'aide en comparant l'acceptabilité des besoins d'aide chez les hommes et les femmes.

« Certaines ressources existent pour les femmes en difficulté et ne sont pas disponibles pour les hommes. Je ne dis pas qu'elles n'ont pas droit à ça, mais peut-on avoir les mêmes palettes de services ? Je suis un père qui veut voir son enfant et le besoin est similaire au besoin d'un autre individu qui voudrait voir son enfant. »

Le tableau 11 présente un récapitulatif des principales dimensions de la demande d'aide rapportée par les répondants avant l'intervention thérapeutique pour crise suicidaire alors que le tableau 12 présente les passages énoncés pour la demande d'aide telle que perçue après l'intervention.

Tableau 11 : La demande d'aide, telle que perçue avant l'intervention thérapeutique pour crise suicidaire

Thème abordé	citation
la relation à l'aide	"Je me referme à tout le monde qui veut m'aider. Je ne veux pas encombrer le monde avec toutes les affaires qui m'arrivent." - Paul
	"Ce n'est pas évident d'avouer qu'on est à bout de souffle, qu'on est sur le bord de sortir le drapeau blanc et qu'on se rend." - Gilles
	"Et encore aujourd'hui, j'ai peur de demander. Je me sens mal dans ma peau." - Maurice
	"Avant, me faire refuser de l'aide ça aurait été pire (que de s'enlever la vie). Ce qui me fait peur, c'est la demande d'aide, parce que je n'ai jamais demandé." - Maurice
l'orgueil	"C'est dur parce que moi, je voulais que personne ne m'aide, puis essayer de m'en sortir tout seul. Donc, c'est l'orgueil qu'il a fallu que je pile, puis faire de quoi." - André
	"C'est gênant, je dois piler sur mon orgueil. Je me sens faible, j'ai besoin d'aide, je me sens vulnérable." - Louis, Gilles
conflit de rôle aidant-aidé	"Je n'ai pas le droit de demander parce que c'est moi qui écoute." - Claude
	"Je n'ai pas le droit d'être à terre. Les autres ont besoin de moi, il faut que je sois là." - Maurice
	"J'arrivais dans un monde nouveau où c'était moi le problème et j'avais demandé à quelqu'un de régler mon problème." - Richard
	"Ça n'a pas de logique que je sois écouté, c'est moi qui a toujours donné de l'aide." - Maurice
conflit de rôle pourvoyeur-aidé	"L'homme est tellement ancré dans le rôle de pourvoyeur que quand c'est lui qui a besoin d'aide, tu te poses la question "c'est peut-être moi qui n'est pas correct ?"" - Serge
	"Le besoin d'aide ne cadre pas vraiment dans le rôle de pourvoyeur. C'est comme si on me disait "t'as été pourvoyeur, tu as une certaine difficulté, bien redeviens-le."" - Serge
réaction à l'offre de service	"Je trouve donc que si j'étais une femme, je n'aurais pas de problème pour aller chercher mon fils. Parce que j'aurais droit au transport bénévole pour les mères monoparentales." - Serge
	"Demander quelque chose: la seule affaire que j'aurais été capable de demander, c'est mon câble pour me pendre." - Claude
	"En tant que père monoparental, je n'ai pas droit à cette ressource. C'est bizarre et c'est bien frustrant. N'étant pas sur l'aide sociale, je ne suis pas admissible à plusieurs programmes d'aide dont j'ai besoin. Merde, toute ma vie, j'ai payé des gros impôts et on me dit "on ne peut pas t'aider, tu n'es pas encore assez pauvre."" - Serge
	"Ton estime de soi n'est déjà pas haute, puis le refus de m'aider de la travailleuse social vient confirmer que ton estime n'est pas haute. On me fait sentir comme si ces besoins ne devraient pas exister, je ne devrais pas les avoir. Ça fait juste alimenter la honte." - Serge
	"La peur du refus, c'est une des grosses raisons pourquoi les gens ne vont pas chercher de l'aide. C'est pour ça que je n'y allais pas moi." - Gilles
	"D'être refusé par les services sociaux et médicaux, ça incite à vouloir tout abandonner. Ça porte aussi à la dépression des fois." - Gilles
	"En prison, ce n'est pas toi le boss, c'est eux. On se sent alors dévalorisé, on se sent déprimé: tu veux voir un spécialiste et ils ne veulent pas. Mais tu ne peux pas recevoir l'aide toute de suite, donc tu capotes encore plus. Puis après ça, ils te disent que tu es fou" - André

Tableau 12 : La demande d'aide, telle que perçue après l'intervention thérapeutique pour crise suicidaire

thème abordé	citation
négation du modèle masculin traditionnel	"Un homme ça pleure parce que ça sort ses émotions. C'est un être humain, mais avant ça, tu ravales." - Claude
	"La plupart des hommes font semblant de ne pas avoir besoin d'aide." - Louis
	"Je suis en train de m'ouvrir et ça fait du bien. J'en braille peut-être par bouts. C'est dur, mais il était temps que je le comprenne." - Maurice
négation de la honte	"Je le sais aujourd'hui que je n'ai pas de honte à avoir besoin d'aide." - Serge
critique de la résistance à la demande d'aide	"Ça peut être mortel de passer à côté de l'aide offerte ou de celle que tu ne serais pas allé chercher. Ne pas être venu ici, je ne serais pas là pour ne parler." - Gilles
	"Mon beau-frère s'est tué. Moi, je me vois comme quelqu'un qui veut essayer autre chose." - Paul
résolution du conflit de rôle	"Aujourd'hui, j'ai le droit d'être écouté. J'ai le droit de demander." - Maurice
négation du processus de marginalisation	"À l'Accalmie, j'ai été épaté de voir que je n'étais pas tout seul. En fait, ça m'a remonté le moral." - Richard
	"J'ai accepté de recevoir de l'aide parce que c'est vrai que j'en avais besoin." - Gilles
souligner la dimension humaine	"C'est un besoin qui est fondamental. Toute personne doit arriver à avoir besoin d'aide." - Gilles
	"Un homme, c'est un être humain. Mais avant ça, tu ravales." - Claude
	"Je n'en demande pas plus à la vie. Être attentif à l'être humain!" - Richard
la demande d'aide en tant qu'accomplissement	"Je me regarde de loin. Je me vois aujourd'hui: ce n'est pas le même gars." - Richard
valorisation de la demande d'aide	"C'est le plus beau rêve que je pouvais avoir: avoir de l'aide." - Gilles
	"Parler de la dépression, ça fait du bien, ça redonne confiance." - Louis
	"Demander de l'aide pour moi, c'est un signe d'intelligence." - Gilles
	"Demander de l'aide, c'est se donner une chance." - Paul
légitimation du besoin d'aide	"Certaines ressources existent pour les femmes en difficulté et non disponible pour les hommes. Je ne dis pas qu'elles n'ont pas droit à ça, mais peut-on avoir les mêmes palettes de services ?" - Serge
	"Je suis un père qui veut voir son enfant et le besoin est similaire au besoin d'un autre individu qui voudrait voir son enfant." - Serge

Ces entrevues avec des hommes en thérapie pour crise suicidaire ont permis de dégager un modèle de leur processus de crise suicidaire. Ce processus débute par l'expérience de problèmes personnels envahissants et perçus comme insolubles. Sont identifiées comme causes de la crise suicidaire : (1) les pertes d'emploi et de revenu, (2) les pertes familiales, (3) la solitude, (4) les problèmes de santé physique, (5) les dépendances à l'alcool, aux drogues, au jeu et la dépendance affective.

Ces pertes génèrent ensuite une souffrance qui peut être mise en lien avec le développement d'une dépression. Le tableau 8 résume les liens perçus par les répondants entre les causes identifiées et la dépression. La dépression est décrite à travers l'expérience subjective de souffrance mentale et comme une perte de contrôle. La stigmatisation liée à la maladie mentale et au fait que l'entourage minimise l'impact de celle-ci, sont rapportées comme les plus grandes difficultés reliées à la dépression.

La crise suicidaire est perçue comme la conséquence ultime de la dépression. Le suicide est alors décrit comme une solution – en l'absence de solution envisageable – pour faire cesser la souffrance causée par les problèmes personnels ou par la dépression. Les tentatives de suicide qui n'entraînent pas la mort sont perçues comme des échecs et comme des événements honteux. Les discours du suicide avant la crise suicidaire contrastent avec les discours qui réfèrent à la période qui suit la crise, soit après la thérapie à l'Accalmie.

Il en va de même pour les discours de la demande d'aide qui varient grandement selon le moment auquel les répondants se réfèrent. Avant et pendant la crise, la demande d'aide est perçue comme une expérience honteuse, signe de leur incompetence (tableau 11). L'orgueil est identifié comme étant le principal obstacle à la demande d'aide. Les hommes qui se percevaient comme des aidants et des pourvoyeurs, font l'expérience du rôle d'aidé, ce qui est décrit comme une expérience conflictuelle et un obstacle à l'acceptabilité de la demande d'aide. Dans certains cas, la demande d'aide est présentée comme une expérience qui contribue à l'anxiété, à la dépression et à la crise suicidaire. Plusieurs répondants ont décrit leur séjour en psychiatrie de cette façon. À l'opposé, la thérapie à l'Accalmie qui suit la crise suicidaire est identifiée comme le moment où leur perception de la demande d'aide a changé. Le rapport des répondants avec la demande d'aide est alors renégocié. À ce moment, la demande d'aide est valorisée et perçue

comme un accomplissement. La thérapie est décrite comme une occasion de souligner la dimension humaine de l'individu, ce qui rend cette démarche légitime (tableau 12).

CHAPITRE V

RÉSULTATS : LES NORMES MASCULINES

À la suite de la description du processus de crise suicidaire et du parcours de demande d'aide, qui a fait l'objet du précédent chapitre, nous abordons ici la dernière section des entrevues, qui cherchait à extraire les discours des hommes en crise suicidaire sur les normes masculines et les stéréotypes masculins. Ces données nous ont permis de dégager un modèle idéal de masculinité partagé par une majorité de répondants. Il faut préciser que la masculinité est ici abordée de manière indirecte, c'est-à-dire, exprimée à travers le discours des répondants au sujet de leurs idoles de jeunesse, des qualités de leur père et de la manière de se comporter « en tant qu'homme » (Olliffe, 2006). Il est aussi question des modèles masculins et des raisons qui justifient ces modèles en tant qu'idéaux (voir la grille d'entrevue à l'Appendice B). La description du lien entre les normes masculines qui concernent le processus de crise suicidaire est abordée dans la section 5.3.

Ce chapitre expose les discours sur les normes masculines, exprimés à travers « ce que ça prend pour être un homme ». La description du *vrai gars* et des normes masculines est essentiellement articulée selon trois cadres de référence :

- a) Le discours social : ce que l'on dit des hommes ;
- b) Le discours personnel : ce que doit être un homme, selon le répondant lui-même ;
- c) La position personnelle relative au discours social (*c dans a*), ou au discours personnel (*c dans b*).

5.1 Les différents discours

Le discours social représente les modèles masculins perçus par le répondant, généralement associés aux messages véhiculés par la société. Mais il peut discréditer ce discours, dans la mesure où celui-ci peut ne pas être conforme au discours personnel. En ce sens, le répondant peut être conscient des modèles masculins auxquels il est exposé, sans intégrer ces modèles dans son discours personnel de la masculinité.

5.1.1 Le discours social

Issu d'un milieu rural et agricole, Paul présente sa définition du vrai gars.

« C'est un gars qui réussit, le premier à l'hôtel⁷ pis le dernier sorti. C'est un gars qui cruise, un macho, un meneur. Un vrai macho a un vrai char. À la campagne c'est tous des machos (...) Si un gars s'approche de sa blonde, y va en manger une. C'est comme ça, c'est le code des villages. Les vrais gars par chez nous, c'est ceux avec les gros bras et les « jewels ». Ces gars-là, c'est les cultivateurs de cannabis, ils sont respectés par le monde. Et les jeunes, bien, ils voudraient être à leur place. » - Paul

Le vrai gars est donc ici défini par sa performance sociale et sexuelle. Le travail est également identifié comme une activité où s'exprime la masculinité et comme une valeur transmise par le père.

« L'homme, c'est celui qui assume les travaux qui sont lourds...pour mon père, il fallait que ça soit difficile. Pour lui, être un homme, ça veut dire travailler, tout le temps. » - Paul

Le discours social du vrai gars est grandement alimenté par la publicité et les productions médiatiques. Richard en a présenté plusieurs caractéristiques qu'il ne manquera pas de déconstruire dans son discours personnel.

« Tu sais, un homme, c'est toujours, tu regardes les annonces, un homme, ça prend toujours le gros pick-up Ford, un F450, cabine allongée. La virilité, l'homme, le gros... J'irais pas à dire jusqu'au motard, mais tu sais, le gars

⁷ Hôtel : terme utilisé dans ce contexte pour désigner les bars de campagnes auxquels sont annexés des hôtels.

puissant : « moi, je suis un gars tabarnak, si ça fait pas, envoie un autre osti ». Dans la publicité, si tu veux être normal, ça te prend toujours la belle femme qui va dans l'auto. » - Richard

« C'est un stéréotype, je vois ça comme un stéréotype. Ces annonces-là, c'est fatigant parce que c'est toujours les mêmes annonces qui reviennent, soit ça ou la famille : le véhicule, les 2 petits enfants, le chien, le ballon, la belle famille ou bien le Ford F450 : avoir l'air viril. » - Richard

La place prépondérante qu'occupent la virilité et la puissance dans cette image du vrai gars est soulignée par le répondant. L'omniprésence de ces modèles dans la publicité a grandement irrité Richard, qui était critique face à ces modèles.

Pour Richard, les images de policiers et de militaires représentent également le vrai gars. Ce modèle est élaboré dans l'extrait qui suit.

« Les campagnes de recrutement militaire me font rire, parce que tu as encore le stéréotype du gros marine tatoué, un peu style Popeye... « Moi j'ai peur de rien ! ». Je pense qu'on a un peu la manie Rambo : la manie du gars qui est capable de se réparer un bras tout seul. Je suis un peu figuratif, je regardais les Rambos. Il est tout seul contre une armée de gars, puis il n'y a pas une balle qui l'atteint ! Tu regardes ça puis tu te dis « je veux être de même ». C'est un peu ça qui est le stéréotype du gars puissant (...) Ce qui est demandé aux militaires : c'est la réussite totale. Le militaire, c'est le stéréotype idéal parce qu'ils te demandent d'être parfait : en forme physique, entraîné, tous les outils nécessaires pour faire son travail. Le gars part, il a son arme, ses coéquipiers, part à la guerre, fonce dans le tas, puis c'est sûr que t'as une image de puissance qui se dégage de ça. Un peu comme le policier, il a un pouvoir de vie et de mort quand ça lui tente. C'est dangereux. » - Richard

Dans cet extrait, le vrai gars a été caractérisé par la force, le stoïcisme, l'indépendance, l'invincibilité et la puissance. Ces caractéristiques se retrouvaient également dans la description que fait Gilles du vrai gars.

« Un vrai gars, c'est une personne intouchable, avec une richesse matérielle et aussi une puissance sociale, comme un juge. Qu'il ait un cercle social qui entre dans ses valeurs qu'il peut avoir. Qu'il puisse se payer ce qu'il veut. Socialement, un vrai gars est un macho, une personne qui n'a pas de

sentiment. Comme un top model. » - Gilles

La réussite en tout temps et à tout prix fait partie de la perception du vrai gars, telle que rapportée dans l'extrait suivant.

Il y a le stéréotype de l'homme, il faut que l'homme réussisse. Moi, j'appelle ça sentir le N.A.S.C.A.R., il faut que tu sentes le Old Spice. Y a toujours la même maudite image du gars propre qu'on voit, un gars aseptisé. Je suis tanné de ça, c'est comme les annonces de rasoirs : quand tu te rases, t'as toujours la belle pitoune qui arrive. Moi, quand je me rase le matin, je ne la vois pas la fille qui arrive et qui vient me dire « ah que tu as une belle peau ». Ça aussi c'est un stéréotype : il faut toujours que tu réussisses, que tu sois parfait. C'est ça qu'on voit dans les annonces. Si t'as pas le pick-up Ford, t'est pas nécessairement le gars que tout le monde voudrait avoir comme voisin. Tu sais, un homme doit réussir tout ce qu'il entreprend. C'est encore un stéréotype. » - Richard

Bien que ce répondant ait présenté une perception très détaillée du vrai gars, il a toutefois souligné son exaspération face à l'uniformité et au manque de réalisme de ce modèle.

L'omniprésence de la réussite est également rapportée, cette fois en tant que critère d'admiration d'un proche.

« Il y a un de mes chums de gars, il est efficace, manuel...il réussit tout ce qu'il fait. » - Paul

Tel qu'il le décrit, l'admiration de Paul pour son ami est notamment justifiée par la qualité de cette personne à réussir l'ensemble des projets qu'elle entreprend. Pour des raisons similaires, Jean a mentionné son admiration pour l'artiste Phil Collins, identifié comme modèle de vrai gars.

« Phil Collins, pour la façon qu'il joue de la batterie pendant qu'il chante : il peut faire ça les yeux fermés, puis on dirait qu'il pourrait manger en même temps. » - Jean

Encore ici, l'efficacité et la capacité à réussir dans différentes tâches simultanément ont retenu l'attention du répondant. Cette capacité à réussir, sans difficulté apparente, a aussi été rapportée par Richard en parlant d'un ami qui est pilote dans l'armée.

« C'est un peu un modèle dans le sens où il est devenu peut-être ce que

j'aurais aimé faire. C'est que lui est devenu pilote sans savoir qu'il voulait faire ça. Il s'est présenté au centre de recrutement puis l'officier lui a demandé s'il voulait appliquer. Il ne le savait pas, il voulait devenir technicien électronique sur les bateaux. Il s'est dit « ah, je vais essayer ça ». C'est le vent qui le portait. Il est maintenant lieutenant-colonel. Puis j'admire ça parce que moi, par rapport à lui, j'aurais aimé faire carrière militaire et lui, il a réussi. Là où il est rendu, il monte dans la hiérarchie militaire. C'est un peu, à l'époque, pas mon idole, mais quelqu'un que j'admirais. On avait pas mal de fun, il était en avance sur moi un peu. » - Richard

« (Ce qu'il admirait chez son ami) C'est surtout la réussite parce que il y en a qui ont de la facilité, le genre de gens qui vont passer un examen qui, sans savoir pourquoi mais qui vont réussir des choses. Moi j'ai essayé la même chose pour devenir policier puis je n'ai jamais réussi. J'ai appliqué dans une usine pour devenir journalier. En tout cas, un paquet de situations comme ça qui m'ont montré que j'étais dû pour juste faire un métier, qui est celui de technicien. » - Richard

Les idoles de jeunesse sont identifiées en tant que modèles de vrai gars. C'est le cas de Gilles qui a décrit ce qu'il admirait chez les pompiers.

« Je partais avec ma petite boîte à lunch, je m'en allais dîner puis je regardais les pompiers et je les enviais tellement. Quand la sirène partait, ils allaient sauver des vies. Ils étaient grands et forts. Je trouvais ça tellement valorisant d'être pompier dans ma petite tête d'enfant. Tout jeune, c'était ça que j'aurais rêvé d'être. » - Gilles

Dans cet extrait, le rôle de sauveur, la force et la puissance sont identifiés en tant que critères par lesquels sont valorisés les pompiers.

5.1.2 Le discours personnel

En lien avec le discours social sur le vrai gars et les modèles d'admiration, les répondants ont été invités à s'exprimer sur le passage de l'enfance vers l'âge adulte ou, dans ce contexte masculin : ce que doit apprendre un garçon pour devenir un homme. À ce sujet, les répondants y sont allés d'exemples de leurs propres parcours. Richard a

débuté avec un regard sur son enfance.

« (Il faut) apprendre à se battre, à se battre contre les éléments. Ça ne m'a pas été nécessairement montré quand j'étais jeune. À être capable d'affronter les réalités de la vie en étant, en ayant les outils pour affronter la tempête. Il faut se solidifier puis être capable d'être autonome par soi-même. Des fois, y a le proverbe qui dit « on est mieux servi par soi-même » C'est l'autonomie, il faut que tu te reprennes en main. »

Richard a souligné la nécessité d'acquérir des habiletés de combat, de la résistance et l'autonomie. Comme révèlent les extraits qui suivent, la plupart des répondants soulignent également l'importance du travail et de l'autonomie.

« Très jeune, j'ai appris à me débrouiller : le système D. Je me suis quasiment toujours débrouillé dans la vie. Pis l'orgueil rentre là-dedans, parce que tu veux montrer à ta mère que tu es capable, mais quand même que tu ne serais pas capable, tu vas essayer d'être capable. Tu veux lui montrer que tu réussis. Mais en réalité, tu ne réussis pas, je me suis ramassé en prison ! » - André.

« J'ai appris à devenir autonome vers 7-8 ans avec le travail. D'abord comme camelot, laitier, plongeur (laveur de vaisselle), etc. L'indépendance, c'est important. » - Louis

« J'ai appris tout seul à devenir un homme, j'ai appris qu'il fallait travailler pour gagner sa vie... de bonne heure. » - Claude

« (Pour devenir un homme), le garçon apprend que le travail c'est important. De bien le faire, de s'appliquer du mieux qu'on peut. De ne pas abandonner. Continuer jusqu'à ce que tout soit fini, puisqu'il y a beaucoup de choses qui sont réalisables. » - Gilles

Le travail est ainsi rapporté en tant que principale activité où le garçon apprend à devenir un homme. C'est dans ce contexte que sont développés et sont valorisés la débrouillardise, l'indépendance, la persévérance, l'autonomie et l'honneur.

Une autre dimension du discours personnel est construite à partir de la relation au discours social sur la masculinité. Dans la chronologie des entrevues, les répondants ont été amenés à exposer d'abord leurs perceptions des attentes sociales envers les hommes, pour ensuite élaborer leur propre discours à ce sujet. Après avoir décrit le vrai gars selon les normes sociales, Gilles a enchaîné avec sa perception personnelle.

« (...) Socialement, un vrai gars est un macho, une personne qui n'a pas de sentiment. Comme un top model. Selon moi, je sais qu'un vrai gars doit être émotionnel, à l'écoute. Il doit être là pour tendre la main aux plus démunis, qu'il soit prêt à partager le peu qu'il peut avoir. Il a espoir dans ce qu'une personne du sexe opposé puisse venir combler. D'apprendre dans les bibliothèques. D'être à la recherche d'une perle de femme avec douceur et tendresse ».

Dans ce discours, le vrai gars est identifié par ses qualités émotionnelles et relationnelles. Sont également valorisés le rôle d'aidant et la curiosité intellectuelle. Ici, le discours personnel du vrai gars s'oppose au discours social.

Deux répondants ont identifié la dimension humaine pour décrire leur perception du vrai gars.

« Un vrai gars, c'est une personne qui est vraie au départ. Il faut être authentique. Ce qui ferait un vrai gars? Un vrai gars serait supposé être comme un humain. » - Maurice

« Il n'y a pas de vrai gars... le vrai gars, c'est un gars normal, mais ça peut être n'importe quoi aussi. Je vois plus un être humain, par rapport à ma situation. Un être humain normal. » - Richard

Dans le prochain extrait, le discours personnel du vrai gars comprend la notion de contrôle, l'apparence négligée et l'indépendance face aux obligations domestiques.

(Un vrai gars) pour moi c'était un gars qui a un métier, qui travaille dans le public. Moi, je me vois comme un vrai gars... qui met des chemises pas repassées... qui se laisse traîner... un vrai gars c'est ça. Un petit côté négligé, délinquant. Moi, je vois ça de même : il a des journées je me dis « regardes, la vaisselle elle va rester là, je la laverai quand ça me tentera ». Là, je suis en contrôle de la situation, ce que je n'avais pas nécessairement avant. Je n'avais pas la totalité du contrôle : je peux rentrer à l'heure que je veux, personne ne chiale. » - Richard

D'une part, le modèle social du vrai gars est perçu par Richard comme un fardeau important qui est imposé. D'autre part, il a revendiqué le droit de ne pas y adhérer. Il a expliqué sa position comme suit :

« Rambo (...) c'est un peu ça qui est le stéréotype du gars puissant. Mais je pense qu'on est pas tous fait de ce bois-là ».

« Tu sais, un homme doit réussir tout ce qu'il entreprend. C'est encore un stéréotype. Tu peux avoir des échecs de temps en temps, ce n'est pas méchant. Mon cheminement scolaire, j'ai eu des problèmes, j'ai travaillé pour, j'ai bûché, pis je l'ai eu. »

5.1.3 Le discours personnel versus la position personnelle

Le vrai gars est décrit selon les caractéristiques qui sont (ou ont été) manquantes dans la vie des répondants. En ce sens, la description du vrai gars que font Claude et Jean, est en opposition avec leur expérience personnelle.

« Un vrai homme, il prend ses responsabilités, si il a une famille, envers sa famille, il protège sa famille, il ne délaisse pas sa famille comme il y en a qui font. La loyauté. L'amour à sa famille. Tout ce qu'on n'a pas eu, nous autres. Je ne suis pas le seul, mes frères et mes sœurs aussi. Pour devenir un homme, il faut apprendre à servir les autres, de ne pas parler contre les autres, de les respecter. Puis être à l'écoute des autres aussi. Surtout à l'écoute, parce que je n'ai jamais été écouté. » - Claude

« Un vrai gars ? J'essaye de ne pas faire ça parce que quand je fais ça, je me cale. Je me sens bon à rien. Mettons je vois un père de famille, puis tout va bien, bien pour moi, je ne suis qu'un « mangeux d'marde ». Je ne suis pas capable de prendre mes responsabilités comme du monde. Je gaffe tout le temps (...) Le vrai gars, il travaille, il arrive chez eux, il essaye d'être de bonne humeur avec sa femme et ses enfants, il prend du temps pour eux. S'occuper de la famille jusqu'à ce que les enfants soient couchés. Après ça, j'irais me coucher. » - Jean

Dans cet extrait, le vrai gars est décrit comme celui qui se révèle à travers l'accomplissement des rôles de travailleur, conjoint et de père dans l'harmonie et le sens du devoir. Dans ce discours, l'homme se réalise par le biais des responsabilités familiales. Parce qu'il valorise cette image du vrai gars, qui ne correspond pas à sa vie, Jean révèle l'image très négative qu'il a de lui-même.

Gilles a abordé l'écart qu'il percevait entre les exigences du discours social sur le vrai

gars et sa situation personnelle.

«Je suis sur l'aide sociale, donc, c'est difficile pour moi d'être quelqu'un qui s'en va de mieux en mieux. Chaque personne produit un travail dans le but d'arriver à quelque chose puis même si le but n'est pas toujours atteint, c'est un but fixé pour moi. Mais pour une personne sur l'aide sociale, ce n'est pas évident d'avoir les mêmes buts. Surtout si tu as des problèmes physiques. Puis le milieu amoureux, je me demande comment une fille va vouloir de moi maintenant que je suis handicapé.»

En somme, la description du vrai gars et l'identification par des normes masculines ont été effectuées par les répondants à partir de deux positions discursives. Tout d'abord, les répondants ont décrit le vrai gars et les normes masculines, telles que véhiculées dans la société, l'entourage, l'éducation et les médias. En d'autres mots, les répondants ont révélé les messages sociaux auxquels ils ont été exposés. Ensuite, ils ont présenté le discours sur le vrai gars et les normes masculines, telles qu'ils le percevaient eux-mêmes. Des répondants ont rapporté une image négative d'eux-mêmes lorsqu'un écart important séparait la position personnelle perçue du discours auquel le répondant se réfère. D'un autre côté, la négation du discours social du vrai gars et des normes masculines est habituellement accompagnée d'un discours personnel plus près de la position de l'individu.

5.2 Le rôle des normes masculines dans le processus de la crise suicidaire

Alors que les éléments mentionnés à la section précédente concernaient essentiellement le discours sur la masculinité, la prochaine section porte sur le rôle des normes masculines dans les étapes du processus de crise suicidaire, tel que rapporté par les répondants. Les répondants ont été invités à s'exprimer sur l'expérience de la crise suicidaire vécue « en tant qu'homme ». Nous voulions connaître le rôle de ces normes dans l'expérience des problèmes personnels, du besoin d'aide et de la demande d'aide. Par ailleurs, les répondants ont été amenés à se prononcer sur les raisons qu'ils perçoivent comme étant à l'origine de la surmortalité des hommes par suicide.

5.2.1 L'expérience des problèmes personnels « en tant qu'homme »

Le fait de vivre des problèmes personnels persistants est rapporté par tous les répondants comme une expérience anormale et illégitime pour les hommes. Puisque plusieurs répondants ont mentionné qu'un homme devrait être capable de régler ses problèmes tout seul, la nécessité de recourir à une forme d'aide extérieure est décrite comme une transgression de cette norme.

5.2.1.1 Les normes masculines, l'expérience des problèmes personnels et le besoin d'aide

Pour les hommes interviewés, la première étape nécessaire pour affronter des problèmes personnels apparemment insolubles était la reconnaissance du besoin d'aide. C'est à cette étape qu'ont été identifiés les premières incompatibilités entre la demande d'aide et les normes masculines, que nous aborderons plus tard. La « bonne façon » de gérer les problèmes personnels « en tant qu'homme », transmise par la famille et la société, n'impliquerait pas de demande d'aide.

« Si t'es un homme, tu n'es pas supposé avoir de problème. Sinon, tu n'es pas normal. Tu n'es pas normal de demander de l'aide. Ça vient de l'éducation qu'on a eu, de l'image qu'on projette. Pas besoin d'aide, je suis un homme. On va passer au travers tout seul. » - Richard

Cette exigence de ne pas avoir de problème rejoint une norme masculine rapportée plus tôt par Richard. Pour appuyer ses propos, Richard a mentionné un cas médiatisé : à l'été 2006, un policier de Trois-Rivières a menacé sa conjointe avec son arme de service. Une fois suspendu de ses fonctions, il a provoqué un accident de la route causant la mort alors qu'il se trouvait en état d'ébriété. Les problèmes de toxicomanie et de dépression ont été rendus publics pendant les procédures judiciaires. Dans cette histoire, Richard a souligné le rôle des normes masculines et l'expérience de la dépression.

« Lui (un policier), c'est le stéréotype: il ne devrait pas avoir ces problèmes-là. Il était dépressif puis il ne devait pas. On demande d'être parfait : policier, t'échoues pas, militaire t'as pas droit à l'échec, tu vois. »

Le besoin d'aide est décrit comme une preuve d'échec de l'individu à résoudre ses problèmes tout seul. Chez l'homme, ce besoin est alors perçu comme allant à l'encontre de la norme d'indépendance.

« Un homme c'est indépendant, ce n'est pas supposé montrer son besoin d'aide. La plupart des hommes font semblant de ne pas avoir besoin d'aide. » - Louis

« Mais moi en tant qu'homme, je suis supposé être capable de répondre à mes besoins sans aide. On te fait dire « hein, t'as 50 ans et t'as besoin d'aide toi ? ». Comme si ce n'était pas supposé. » - Serge

Ces répondants rapportent que le besoin d'aide en soi est une étape difficile. Les extraits suivants présentent les propos de Serge et de Gilles, qui reprennent ce que tous les participants ont exprimé :

« Avoir besoin d'aide en tant qu'homme, c'est difficile à accepter parce qu'habituellement, un homme n'est pas supposé en avoir besoin. » - Serge

« Je ne me sens pas très homme d'avoir besoin d'aide. Pour que je me sente homme, il faut que je sois fort, combattant (...) Ce n'est donc pas évident d'avouer que on est à bout, que l'on est sur le bord de sortir le drapeau blanc et qu'on se rend. » - Gilles

Enfin, le besoin d'aide est perçu comme une caractéristique féminine : acceptable pour les femmes et inacceptable pour les hommes. Pour un homme, dévoiler un besoin d'aide est stigmatisant et source d'une grande honte.

« Une femme en difficulté, c'est vu comme normal. Un homme en difficulté à 50 ans, il serait comme pas supposé d'avoir besoin d'aide. Quand tu regardes ça, ça fait... Ça fait un homme diminué, désabusé, ça fait une personne inutile, ça renforce les idées suicidaires, t'es jamais à ta place nulle part. T'as plus de place pour toi... » - Serge

« Une femme se libère plus de ses sentiments en parlant à une confidente parce qu'elle a le droit. L'homme ne se donne pas le droit d'avoir des problèmes, d'avoir de la peine, de demander. On passe pour des écervelés, des malades mentaux, « t'es pas capable de t'en sortir tout seul, qu'est-ce que tu fais là le cave ! » » - Maurice

5.2.2 Les normes masculines et la dépression

Bien que la perception qu'ont les répondants de la dépression « en tant qu'homme » n'ait pas été abordée directement, certains répondants ont soulevé la stigmatisation liée à la

dépression dans un environnement de travail essentiellement masculin.

« Dans une shop, si un gars fait une dépression, les autres vont dire "ah, regarde si il est lâche, il voulait avoir 2 semaines de vacances". C'est ce que j'ai vécu et ce que j'ai souvent entendu autour de moi (...) Il y a un gars qui a fait une dépression dans mon bout, ça doit faire 8 ans et le monde en parlent encore. » - Paul

« Face aux autres hommes dans le garage, je me sentais diminué, anormal: ils sont vifs et travaillants, puis moi, je suis lent à cause de la dépression et encore plus à cause des médicaments. » - Claude

Dans le premier extrait, la dépression est perçue comme un signe de lâcheté. Dans le second, la dépression et les effets secondaires de la médication sont présentés comme portant atteinte à la productivité et à l'image de l'homme « efficace » dans son travail.

5.2.3 Les causes perçues de la surmortalité des hommes par suicide

Les hommes en thérapie pour crise suicidaire ont été invités à se prononcer sur les motifs qui expliqueraient le fort taux de suicide chez les hommes au Québec. Les propos rapportés ici concernent donc les causes de la surmortalité des hommes par suicide, tel que perçues par des hommes en crise suicidaire.

Dans son milieu rural, un répondant perçoit des pressions professionnelles plus fortes chez les hommes que chez les femmes. Pour appuyer ses propos, il présente deux exemples tirés de son entourage.

« Parce que la fille est moins portée à vouloir reprendre la ferme de son père. C'est préconçu dans sa tête que ce n'est pas elle qui va être cultivateur. Donc, elle se dit « je vais aller au cégep, je vais aller à l'université puis bingo ! » Elle est plus portée vers les études. » - Paul

« Mon beau frère a écrit ça à son père : « Si tu ne m'avais pas obligé à reprendre la ferme, je serais encore là aujourd'hui ». Il s'est tué vers 4h30 le matin, sachant que son père se levait à 5h pour aller à l'étable. » - Paul

Le poids des responsabilités traditionnellement masculines et la honte qui résulte de ne pas être en mesure de prendre de telles responsabilités, sont identifiés par d'autres répondants pour expliquer la surmortalité des hommes par suicide. Pour

certains, l'échec du rôle de pourvoyeur est évoqué. D'autres répondants ont identifié l'effet combiné des difficultés à accomplir ce rôle, et le manque de ressources pour les aider à l'accomplir.

« (Le suicide chez les hommes), c'est parce que l'homme prend tout sur son dos, les responsabilités. Puis là un moment donné, le gars perd sa job, puis là, ça marche plus comme avant parce qu'il n'a plus assez d'argent pour faire vivre sa famille comme avant ». – Jean

« C'est frustrant. La société a conçu l'aide aux familles monoparentales – et je ne dis pas que c'est pas correct – autour des femmes, parce qu'elles étaient délaissées par les gars... Mais la situation a évolué aujourd'hui. Aujourd'hui, il y a beaucoup de pères qui s'occupent des enfants (...) Si on enlève les sexes, on est deux êtres humains pareils. Mais moi, je suis supposé être capable (de subvenir aux besoins de son fils). Bien, c'est peut-être pour ça qu'il y a plus de suicide chez les hommes, il n'y a plus de ressource. » – Serge

Les comportements des hommes et des femmes, et les exigences respectives des rôles masculins et féminins sont soulevés comme hypothèses pour expliquer la surmortalité des hommes par suicide.

« Ils disent que la femme est plus mature que l'homme, peut-être que c'est ça. Puisqu'elle met au monde les personnes, elle a moins le goût de s'enlever la vie. Une femme est maternelle, donc elle est responsable de la vie d'un autre, souvent. » – Gilles

L'importance, soulevée par Gilles, de se sentir responsable d'un autre individu, se retrouve également dans les propos de Richard, qui explique que cette responsabilité était son principal facteur de protection du suicide.

« J'aurais pu tout lâcher pis ça aurait été facile, ça ne m'intéressait pas. J'avais une responsabilité envers mon animal. J'avais besoin de me trouver une responsabilité. Je n'avais plus de responsabilité envers personne, il fallait que j'en trouve une. Mais mon animal, ce n'est pas perdu et je vais m'en occuper comme si c'était une personne. » – Richard

Gilles identifia ensuite l'exigence de performance qui pèse sur les hommes en tant que cause de la surmortalité des hommes par suicide.

« La pression : la société demande tellement de performer. Et c'est

tellement rapide avec l'informatique et toutes les technologies, c'est vraiment rapide (...) L'homme se sent dépassé. » - Gilles

L'isolement et le stoïcisme inhérents aux normes masculines, ainsi que la stigmatisation qui résulte du dévoilement du besoin d'aide sont perçus par Maurice comme des causes possibles du suicide de plusieurs de ses proches.

« J'ai plusieurs amis qui se sont suicidés. Je sais pas si c'est parce qu'on pas le droit d'être triste. Mais on n'a pas le droit de vivre sans la présence du monde heureux autour de nous autres. Moi c'est mon cas (...) Aussi, la femme se libère plus de ses sentiments en parlant à une confidente, parce qu'elle a le droit d'avoir des confidents, des confidentes. Mais elle a le droit de le faire. L'homme ne se donne pas le droit d'avoir des problèmes, d'avoir de la peine, de demander. »

En somme, pour expliquer la surmortalité des hommes par suicide, les causes perçues par les répondants sont nombreuses à rejoindre les exigences et les échecs des normes masculines. Selon les répondants, les exigences professionnelles seraient plus élevées pour les hommes, auxquelles s'ajoutent la honte reliée aux difficultés d'accomplissement du rôle de pourvoyeur, le manque d'aide pour les pères monoparentaux, l'isolement et le stoïcisme.

5.2.4 Les normes masculines et la demande d'aide

Nous avons vu dans la section 4.4 que la demande d'aide était présentée par plusieurs répondants comme une démarche illégitime. La présente section contient les extraits où ce discours est explicitement relié aux normes masculines. Les répondants ont décrit la demande d'aide et la description du rôle des normes masculines dans la demande d'aide de façon très similaire, voire identique. Les répondants ont donc utilisé le thème des normes masculines pour expliquer leur discours sur la demande d'aide.

Le caractère illégitime de cette démarche serait transmis par l'éducation, et particulièrement, par celle du père.

« Pour mon père, ce n'est pas normal de demander de l'aide. Pour lui, il faut réussir tout, et tout seul. » - Louis

« Ça vient de la jeunesse: « ne demande pas, écoute. » - Maurice

« Si tu es un homme, tu n'es pas supposé avoir de problème. Sinon, tu n'es pas normal. Tu n'es pas normal de demander de l'aide: Ça vient de l'éducation qu'on a eu, de l'image que l'on projette. » - Richard

« Quand t'étais petit, ton père il te disait : « ça ne pleure pas un homme. » »

- Claude

Pour d'autres répondants, la société est présentée comme étant responsable de la stigmatisation de la demande d'aide chez les hommes.

« Un homme qui demande de l'aide, ce n'est pas un vrai. Ce n'est pas à la mode. » - Richard

« Le stéréotype de l'aide, bien c'est de ne pas en demander. Si t'es un homme, tu n'es pas supposé d'avoir de problème, sinon, tu n'es pas normal » - Richard

« En tant qu'homme, t'es comme pas supposé demander de l'aide. On te fait sentir de même. » - Serge

Serge décrit le poids des normes masculines dans son expérience négative de demande d'aide.

« Déjà que ton estime de soi est déjà pas haute, puis on vient confirmer que ton estime est pas haute non plus. Quand la travailleuse sociale a refusé de m'aider, on me fait sentir comme si ces besoins ne devraient pas exister, je ne devrais même pas les avoirs. »

« On te fait dire « hein, t'as 50 ans et t'as besoin d'aide toi ? ». Comme si ce n'était pas supposé (...) Une femme en difficulté, c'est considéré comme normal. Un homme en difficulté à 50 ans, il serait comme pas supposé d'avoir besoin d'aide. Quand tu regardes ça, ça fait...Ça fait un homme diminué, désabusé, ça fait une personne inutile, ça renforce les idées suicidaires, t'es jamais à ta place nulle part. T'as plus de place pour toi...»

Pour décrire l'expérience de leur demande d'aide, plusieurs répondants mentionnent qu'une des plus grande difficulté qu'ils ont rencontrée était leur propre orgueil.

« C'est dur parce que moi, je voulais que personne ne m'aide, puis essayer de m'en sortir tout seul. Donc, c'est l'orgueil qu'il a fallu que je pile, et

faire de quoi. Parce que tant que tu ne piles pas sur ton orgueil, tu ne demandes pas d'aide à personne. Ça a toujours été comme ça un homme : il dit qu'il est capable, mais il est assez orgueilleux qu'il ne veut pas montrer qu'il n'est pas capable. Quand un gars est orgueilleux, quand même que tu lui donnerais de l'aide, il va continuer à dire « moi, je suis capable. » » – André

« Demander de l'aide, c'est gênant, je dois piler sur mon orgueil. Je me sens faible, j'ai besoin d'aide, je me sens vulnérable (...) Comme j'étais gêné de demander de l'aide, bien je n'en ai pas demandé. » - Louis

« Je suis une personne fière, pour ne pas dire orgueilleuse (...) J'étais celui que ça paraissait le moins que j'étais en détresse parce que je ne le montrais pas beaucoup. » - Serge

« J'arrivais dans un monde nouveau où c'était moi le problème et j'avais demandé à quelqu'un de régler mon problème. Je n'avais jamais fait ça avant. Donc tu piles sur ton orgueil. » - Richard

L'orgueil est présenté comme un mécanisme qui assure le maintien de la fierté, de la capacité à s'en sortir tout seul. L'orgueil est également présenté comme un facteur qui inhibe la reconnaissance du besoin d'aide, et donc un obstacle à la demande d'aide.

En somme, les problèmes personnels et le besoin d'aide sont rapportés par les répondants comme des expériences anormales et illégitimes pour les hommes. Le besoin d'aide est décrit comme la preuve de l'échec de l'individu à résoudre ses problèmes tout seul, ce qui transgresse les normes d'indépendance, de stoïcisme et d'autonomie, présumées par des répondants comme étant au cœur de la masculinité. Le dévoilement du besoin d'aide expose l'individu à une stigmatisation qui suscite une grande honte. La demande d'aide est également perçue comme illégitime car elle est incompatible avec le rôle d'aidant ou de pourvoyeur, deux caractéristiques que les répondants associent à la masculinité. Lorsqu'ils se sont prononcés sur les causes de la surmortalité des hommes par suicide, les répondants identifiaient le poids des responsabilités professionnelles et familiales qui pèsent sur les hommes, mais aussi la honte résultant de leurs difficultés à assumer ces responsabilités. Sont également mentionnés le manque de ressources d'aide pour homme et l'isolement dont font preuve plusieurs hommes aux prises avec des problèmes personnels.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Les résultats présentés dans le chapitre précédent sont discutés ici à la lumière du cadre théorique retenu, afin de répondre à notre question de recherche principale, soit : *comment les normes de la masculinité sont-elles négociées par les hommes en crise suicidaire ?* À toutes les étapes du processus de crise suicidaire, les répondants ont indiqué se sentir en position de déviance par rapport aux normes masculines. Les propos des répondants révèlent toutefois que ce rapport aux normes se serait modifié au cours de leur séjour au centre pour personnes suicidaires. L'analyse que nous faisons du discours des répondants remet en question la croyance populaire selon laquelle les hommes ne sont pas enclins à demander de l'aide. Cette croyance a été rapportée par des répondants comme un obstacle à leur propre demande d'aide.

La discussion des résultats prendra la forme suivante : nous présenterons les résultats obtenus, mis en lumière par le cadre socioconstructiviste de genre retenu pour l'étude. Les propos seront également analysés à la lumière des écrits de Durkheim et des écrits postmodernes sur le suicide. La discussion se terminera par les limites de l'étude et les implications de cette étude pour l'intervention et les recherches futures.

6.1 La chronologie du processus de crise suicidaire et le rapport aux normes masculines

6.1.1 L'expérience des problèmes personnels

Rappelons que les répondants ont identifié divers problèmes personnels comme étant à l'origine de leur crise suicidaire. Parmi ces problèmes se retrouvaient les pertes liées au travail, au revenu, à la famille, à la santé. La solitude et les dépendances figuraient aussi dans les causes perçues. Les écrits de Brooks (1998), Cheng (1999), David et Brannon (1976), Goldberg (1977) et Jourard (1971) sur les normes masculines, nous permettent d'interpréter la persistance des problèmes personnels comme une transgression des normes masculines d'indépendance, d'autonomie, l'omniprésence et de la force.

D'après le modèle de Connell (1995), qui souligne la dimension hiérarchique des différentes formes de masculinités, la persistance des problèmes personnels peut être interprétée comme un signe d'impuissance et donc, une situation inacceptable, contrôlée socialement par des sanctions suscitant la honte et la marginalisation. Face à leurs difficultés personnelles, bon nombre de répondants ont signalé leur volonté de s'isoler, ce qui peut être analysé comme une conséquence de ce processus de marginalisation. Quant à la honte, il s'agit d'un sentiment rapporté par les répondants à toutes les étapes du processus de crise suicidaire. La nature des problèmes personnels mentionnés par les répondants peut être mis en lien avec les conditions à partir desquelles les hommes se voient attribués l'étiquette de la masculinité subordonnée : les troubles de santé physique, l'invalidité au travail, les dépendances, la pauvreté et le faible niveau de scolarité (Connell, 1995). Cette interprétation est supportée par les travaux de Courtenay (2000b), Ekenstam (2005), Oliffe (2006) et Tremblay et coll. (2005).

Il faut aussi rappeler que les traits comme la vulnérabilité, la passivité et la dépendance, que l'on retrouve dans le discours des répondants au sujet des causes de leur détresse, sont associés par Charmaz (1995) à la féminité. Ils s'opposent donc aux traits qui caractérisent la masculinité comme l'invulnérabilité, l'action, et l'indépendance. Ce discours des répondants fait également écho aux travaux de Oliffe (2006) sur le corps masculin malade ou invalide, représenté comme anormal, féminin et non masculin. Les

répondants ont mentionné eux-mêmes la dimension déviante du besoin d'aide chez les hommes durant l'expérience des problèmes personnels. En effet, tous les répondants ont souligné d'une manière ou d'une autre qu'avoir besoin d'aide « en tant qu'homme » était quelque chose de difficile à accepter.

6.1.2 La dépression

D'après le récit des répondants, l'absence de solution satisfaisante et la persistance du stress relié aux problèmes personnels entraîneraient la dépression. Les répondants ont décrit l'expérience de la dépression comme une perte de contrôle, notamment au niveau de l'expression des émotions. Certains répondants percevaient la dépression comme un obstacle à l'accomplissement des activités professionnelles. Nombreux ont été les répondants qui ont mentionné la dimension stigmatisante de la dépression dans le regard des autres, mais aussi à leurs propres yeux. Encore ici, nous pouvons interpréter cette perception comme un échec du rôle masculin de pourvoyeur et de travailleur dans la mesure où la dépression est évoquée pour justifier un arrêt de travail ou une baisse de productivité. Ce discours des répondants traduit le caractère « anormal », « féminin » et « non masculin » de l'homme malade, et donc une déviance à la masculinité hégémonique, tel que décrit par Oliffe (2006). L'expérience de la dépression décrite par les répondants peut donc être interprétée comme une transgression des normes d'invincibilité, de productivité, de démonstration de la force et de l'expression de la fierté (Brooks, 1998 ; Cheng, 1999 ; David et Brannon, 1976 ; Goldberg, 1977 ; Jourard, 1971).

6.1.3 La crise suicidaire : idéations et tentatives

Un suicide non complété, soit une tentative de suicide qui ne se solde pas par la mort, est perçu par les répondants comme un échec et une source de honte. Ici encore, les travaux de Stillion (1984) sur les rapports sociaux de sexe en santé nous permet d'attribuer cette perception comme une transgression de la norme masculine de la démonstration de la force, de la démonstration de la fierté et finalement, l'échec de la norme masculine voulant qu'un homme doit réussir tout ce qu'il entreprend (Brooks, 1998 ; Dulac, 2001). Selon Stanistreet, Scott-Samuel et Bambra (2005), la tentative de suicide serait un espace dans lequel l'homme affirme sa masculinité à travers la violence et le potentiel léthal du

moyen utilisé. Il est donc possible d'interpréter la perception des répondants, qui considèrent leur tentative en tant qu'échec et source de honte, comme un échec de cette démonstration identitaire.

Si toutes les étapes qui ont mené les répondants à une crise suicidaire correspondent à des transgressions de diverses normes masculines, la tentative ne représente qu'une expérience supplémentaire de stigmatisation et de honte. Ceci peut renforcer leur perception de déviance et d'incapacité. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec les travaux de Dulac (2001) et de Stillion (1984), pour qui la stigmatisation reliée à un suicide incomplet serait plus forte et plus humiliante pour les hommes que pour les femmes.

6.1.4 Le processus de crise suicidaire et la déviance

La théorie de l'*Outsider* et de la marginalisation sociale de Becker (1985), permet d'interpréter l'omniprésence de la honte, rapportée à chaque étape de la crise suicidaire, comme une position déviante aux normes sociales de genre. Cette honte représente un obstacle certain au dévoilement des problèmes personnels et à la demande d'aide. Cette analyse est intéressante puisque Dorais (2000) avait déjà mis en lumière le caractère déviant de la masculinité gaie dans le contexte du fort taux de suicide chez les jeunes homosexuels. Le concept de la déviance aux normes masculines en tant qu'expérience suicidogène pourrait donc avoir une portée encore plus grande encore. En plus de s'appliquer aux jeunes homosexuels, ce concept pourrait aussi rejoindre les hommes hétérosexuels qui, parce qu'ils sont malades, sans emploi, sans conjointe, etc., présentent des traits susceptibles de constituer une forme déviante ou anormale de masculinité. Alors que de nombreuses études identifient l'adhésion aux normes masculines comme un facteur de risque suicidaire (Willis et coll., 2003 ; Hemström, 1998 ; Houle, 2005 ; Tremblay, 2005), notre étude révèle que la déviance à ces mêmes normes peut aussi être considérée en tant que facteur de risque. Bien que ces deux propositions puissent sembler incompatible de prime abord, elles sont, au contraire, plutôt complémentaires. En effet, la déviance n'est possible que s'il y a reconnaissance de la légitimité de la norme sociale en vigueur (Becker, 1985). En d'autres termes, les hommes sont à risque de suicide s'ils s'identifient fortement aux normes de la masculinité, mais ne réussissent pas à atteindre ces normes qu'ils valorisent.

6.2 La négociation du discours sur la demande d'aide et le rapport aux normes masculines

Les récits des répondants ont mis en lumière le fait que leur perception de la demande d'aide chez les hommes variait grandement selon le temps auquel ils se réfèrent, soit avant ou après leur intervention thérapeutique. Rappelons que les répondants ont identifié cette intervention comme le moment précis où leur perspective sur la demande d'aide a changé.

Notre analyse révèle que cette variation est en lien avec la négociation que font les hommes des normes masculines tout au long de leur processus de crise suicidaire. Leur séjour à la maison d'hébergement pour personnes suicidaires semble être le point tournant de cette négociation. Cette négociation s'oriente vers le rejet de la légitimité de certaines normes masculines qui s'opposent à la légitimité du besoin d'aide et de la demande d'aide, alors décrits comme humains et fondamentaux. Les sections suivantes présentent les principales étapes de ce changement.

6.2.1 La perception de la demande d'aide avant l'intervention thérapeutique

En référence à la période qui précédait l'intervention, tous les répondants ont exprimé le caractère illégitime de la demande d'aide pour un homme. Les répondants ont d'abord exposé leur résistance à la demande d'aide durant les premières étapes du processus de crise suicidaire (problèmes personnels, dépression, crise suicidaire). À l'instar de Saltonstall (1993), nous interprétons cette résistance comme la reconnaissance de la légitimité des normes masculines. La demande d'aide est alors considérée comme l'échec de ces normes. Comme cette démarche exige de faire appel à une tierce personne pour régler un problème personnel, la demande d'aide est interprétée comme une transgression des normes masculines de l'indépendance, de la démonstration de la force, de la persistance, de la conservation du contrôle et du stoïcisme (Brooks, 1998). Cette interprétation, de la demande d'aide en tant que transgression des normes masculines, est présente dans tous les cadres théoriques des normes masculines consultés (Cheng, 1999 ; Connell, 1995 ; Courtenay, 2000ab ; David et Brannon, 1976 ; Dulac, 2001 ; Goldberg,

1977 ; Jourard, 1971 ; Oliffe, 2006 ; Pollack, 1999 ; Synnott, 2001, Tremblay et coll. 2005).

Conformément à nos attentes, la demande d'aide a été abordée comme un geste conflictuel où s'opposent la conformité aux normes masculines et le maintien de la santé. La demande d'aide, par sa dimension déviante, impliquerait chez les répondants une perte identitaire masculine ou selon Connell (1995), la démonstration publique d'une masculinité imparfaite, ou subordonnée. La honte occupe une place omniprésente tout au long du processus de crise suicidaire et surtout dans la perception de la demande d'aide. Les expériences successives de déviance relative aux normes masculines pourraient expliquer une telle récurrence de la honte dans les récits des répondants.

6.2.2 La dimension de genre de la demande d'aide

Les répondants ont décrit la demande d'aide et la description du rôle des normes masculines dans la demande d'aide de manière très similaire, voire identique. Cette proximité nous incite à croire que la dimension de genre occupe une place prépondérante dans l'expérience de la demande d'aide et dans la construction du discours à ce sujet. Cette interprétation renforce la nécessité de considérer l'impact de la perte identitaire dans l'expérience de demande d'aide chez les hommes.

La demande d'aide semble avoir été perçue par les répondants comme un geste légitime pour les femmes et illégitime pour les hommes. Ce paradoxe a été largement exposé dans le récit de Serge où ce dernier dénonce la perception « normale » de la femme en difficulté et la perception « anormale » et « honteuse » de l'homme en difficulté qui requiert une aide. D'autres répondants ont également mentionné la même perception du besoin d'aide et de la demande d'aide chez les hommes, sans toutefois comparer celle-ci avec les femmes. En se basant sur les travaux de Charmaz (1995), Connell (1995) et Oliffe (2006), nous pouvons interpréter ce discours comme la démonstration de la norme masculine selon laquelle il est essentiel d'inhiber la dimension féminine présente chez l'homme. Selon le cadre théorique, cette dimension serait associée, chez les hommes, à l'anormalité, à une altération de la masculinité, ou à une masculinité subordonnée. La féminité serait, à l'intérieur des rapports sociaux de sexe, un échec d'une masculinité hégémonique, telle qu'exigée par les normes de la masculinité (Brooks, 1998 ; Connell,

1995 ; Courtenay, 2000b). Le caractère uniforme du discours des répondants à ce sujet nous porte à croire que la dimension de genre de la demande d'aide représente un obstacle fondamental à l'acceptabilité de la demande d'aide chez les hommes. La demande d'aide nécessite donc une négociation, ou une redéfinition des règles de la masculinité.

Le discours qui présente la demande d'aide comme un geste essentiellement féminin suscite des questions concernant la manière dont est structurée l'offre de service d'aide en santé et sa prise en compte des rôles traditionnels de genre. Les longs délais d'attente pour les soins de santé physique et mentale et l'absentéisme professionnel nécessaire à cet effet peuvent représenter un obstacle supplémentaire à la fréquentation de ces services par les hommes qui se conforment aux normes masculines hégémoniques (Connell, 1995) ou traditionnelles (Pollack, 1998 ; Synnott, 2005). Dans ce cadre normatif, le temps passé en-dehors des activités liées à la performance professionnelle ou à l'accomplissement du rôle de pourvoyeur peut être perçu comme suspect et non masculin (Connell, 1995). Cet obstacle peut être aussi présent pour les femmes, qui ont souvent des responsabilités difficiles à déroger (les enfants par exemple).

6.2.3 La légitimation de la demande d'aide

Un des points saillants de notre étude est la remise en question de la croyance populaire selon laquelle « les hommes ne parlent pas et ne demandent pas d'aide » (Farrell, 1993). Non seulement ces hommes, en l'occurrence nos répondants, ont fait l'expérience d'une demande d'aide, mais ils en ont parlé, contredisant ainsi le stéréotype de l'homme : indépendant, silencieux et stoïque. La capacité des hommes à la demande d'aide est également appuyée par les statistiques de l'Accalmie (Accalmie, 2007) qui indiquent que les hommes représentent 60% des admissions au service d'hébergement. Il faut rappeler que cette ressource accueille les personnes en crise suicidaire sur une base exclusivement volontaire.

Les répondants ont rapporté que leur perception de l'acceptabilité de la demande d'aide a changé durant leur intervention thérapeutique pour crise suicidaire. Alors que les répondants ont initialement décrit les résistances des hommes et leurs propres résistances à la demande d'aide, ils ont aussi décrit comment la demande d'aide est devenue pour

eux un comportement acceptable ou légitime. Ce processus de légitimation s'est effectué par la négociation et le rejet de certaines normes masculines qui peuvent inhiber la reconnaissance de la souffrance, du besoin d'aide et de demande d'aide. En décrivant les normes masculines, les répondants ont révélé leurs perceptions du discours social en vigueur. Mais nombreux ont été les répondants qui ont manifesté leur distance par rapport à ce discours social. C'est par le rejet de certaines normes de la masculinité que la définition personnelle de la masculinité s'est imposée chez ces hommes comme une forme légitime d'identité de genre.

Ces observations révèlent le caractère politique entre l'individu et la société. La (re)production des normes de la masculinité peut être appréhendée comme un processus social qui est impliqué dans plusieurs obstacles à la santé des hommes. La légitimation de la souffrance, du besoin d'aide et de la demande d'aide, est révélée à travers le discours des répondants, comme un processus effectué sur une base individuelle. L'individu doit donc négocier lui-même les normes sociales qui lui sont imposées, afin de procéder légitimement à une démarche de reconnaissance du besoin et de la demande d'aide.

6.3 La psychiatrie et les rapports sociaux de sexe

Nous devons user de prudence dans l'analyse des rapports sociaux de sexe observés dans l'expérience du séjour en unité psychiatrique et du rapport au personnel de soins dans cette unité. À première vue, les propos des répondants à ce sujet appuient les travaux de Kimmell (1996) quant à la peur des hommes à être dominés, ceux de Connell (1995) et Mosse (1996) sur la position subordonnée des hommes atteints de maladie mentale dans la structure hiérarchique masculine. Cependant, il faut mettre ces résultats et ces données théoriques en perspective : l'expérience de domination chimique et physique qui est rapportée par les répondants dépassent le rapport aux normes de l'identité masculine ou féminine. L'inégalité de la relation entre l'utilisateur des services psychiatriques et les experts qui fournissent les soins a été décrite et critiquée et ce, indépendamment du sexe de l'utilisateur (Foucault, 1961 ; Illich, 1975 ; Otero, 2003). Les critiques adressées au système de soins psychiatriques, tant par les répondants que par les recherches citées, peuvent être mises en lien avec les difficultés et le manque de ressources en santé mentale (Mishara, 2003).

6.4 *Les perspectives complémentaires aux rapports sociaux de sexe*

Les travaux de plusieurs auteurs se sont avérés fort pertinents pour la compréhension sociologique du suicide (Durkheim, 1999a ; Willis et coll., 2003), mais ont peu abordé la question des rapports sociaux de sexe sur laquelle se base l'essentiel de notre étude. Les approches sociologiques nous permettent d'avoir un recul sur notre objet de recherche, que nous avons abordé jusqu'ici avec une perspective microsociologique : les individus. Les perspectives macrosociologiques énoncées dans la recension des écrits, soit les perspectives durkheimienne et postmodernes, permettent d'alimenter la réflexion sur la trame sociale à l'intérieur de laquelle s'inscrit la problématique du fort taux de suicide chez les hommes au Québec. Les sections qui suivent présentent l'apport de Durkheim et celui de la perspective postmoderne à notre objet de recherche.

6.4.1 *La perspective durkheimienne*

Les travaux de Durkheim (1999a) permettent de mettre en lumière les types de suicide dans lesquels s'inscrivent les répondants. Même si les travaux de ce sociologue portaient exclusivement sur les suicides complétés, son cadre permet aisément de s'étendre à la problématique de la crise suicidaire.

La solitude et les pertes des responsabilités familiales et professionnelles, rapportées par les répondants comme des causes de leur crise suicidaire, s'inscrivent dans la perspective durkheimienne comme le résultat d'une intégration sociale insuffisante, laissant paraître un suicide égoïste. Mais le discours des répondants à ce sujet peut également rejoindre le suicide altruiste, caractérisé selon Durkheim comme la survalorisation de la société au détriment de l'individu. Les normes masculines sont identifiées par les répondants comme un obstacle à la reconnaissance de la souffrance, du besoin d'aide et de la demande d'aide. La conformité à ces normes peut alors être perçue comme étant plus importante que la vie de l'individu. Ceci rejoint le dilemme identitaire du genre en santé : maintenir une identité masculine conforme aux normes ou transgresser ces normes afin de maintenir un état de santé satisfaisant.

6.4.2 La perspective postmoderne

Dans les caractéristiques sociales des répondants, nous relevons plusieurs facteurs qui, selon les théories postmodernes, peuvent fragiliser la santé mentale (Ritzer, 1997). Tous les répondants étaient faiblement scolarisés et provenaient des classes sociales populaires. Selon la perspective postmoderne (Clain, 2001; Dagenais, 2005), la classe ouvrière québécoise serait soumise à de grandes tensions en raison de la chute économique des secteurs manufacturiers, miniers et forestiers. Ces changements macroéconomiques des dernières années fragilisent grandement les individus de cette classe sociale, qui avaient l'habitude de se valoriser par la force et le travail (Dagenais, 2005). Nous observons que le passage d'une société industrielle à postindustrielle et ses conséquences sociales correspondent très bien au milieu ouvrier de la région de Trois-Rivières, où les répondants ont été rencontrés. Au cours des 20 dernières années, quatre des six grandes usines de cette région ont fermé. Au moment de mettre cette étude sous presse, les deux dernières grandes usines procédaient à des mises à pied massives. « La fierté ouvrière! » ou « *the working class pride!* » dit-on dans les quartiers populaires du Québec, soit la valorisation des hommes par cette forme précise de travail, par opposition aux professions libérales ou intellectuelles. Le fait de situer la question du suicide dans un cadre de postmodernité contribue à la réflexion critique sur la construction et la reproduction de cette masculinité, solidement basée sur valorisation du travail, mais exprimée, dans ce cas-ci, par des hommes sans emploi. Dans le déclin actuel de l'industrialisation, cette réflexion nous amène à questionner la place qu'occupe la valorisation du travail dans la construction de la masculinité, en lien avec l'âge, le niveau socioéconomique, le niveau de scolarité et l'origine ethnique. Devant ce déclin industriel, n'est-ce pas plus bénéfique pour les hommes de reproduire des normes masculines basées sur des rôles plus diversifiés ?

6.5 Les limites de l'étude

6.5.1 La collecte de données

Le recrutement des participants a été effectué, exclusivement, à la seule ressource d'hébergement spécialisée pour la clientèle suicidaire de la région de Trois-Rivières, ce qui constitue une limite majeure de l'étude. La majorité des personnes qui vivent une

crise suicidaire n'ont pas accès à cette ressource ou n'y ont pas séjourné, ayant plutôt été « hébergées » en soins psychiatriques. Ces personnes ne sont donc pas représentées dans l'échantillon de cette étude. Une plus grande diversité des lieux pour la collecte de données aurait pu enrichir la diversité des discours. Il faut mentionner que le recrutement dépendait du nombre d'admissions à la ressource d'aide. Le recrutement était plus rapide en novembre 2006 et moins rapide dans les quatre mois qui ont suivi.

6.5.2 La taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon, soit neuf participants, est suffisante pour répondre à l'objectif exploratoire de l'étude. Conformément à notre cadre socioconstructiviste, l'étude visait à approfondir la compréhension d'un phénomène qui n'a, jusqu'ici, pas encore été abordé sous cet angle. Le caractère homogène de l'échantillon a fait en sorte que la saturation a été plus rapidement atteinte.

6.5.3 L'homogénéité de l'échantillon

Cette étude portant exclusivement sur les hommes, il est donc impossible d'interpréter les résultats en termes de différences de genre. Un échantillon mixte permettrait de mieux comprendre le rôle du rapport aux normes, tant masculines que féminines, dans les expériences vécues par les hommes et les femmes en crise suicidaire. Cependant, la situation préoccupante du suicide chez les hommes fait en sorte que le besoin est urgent de mieux connaître la dimension masculine de cette problématique. En ce sens, il est intéressant de se concentrer sur ce que ces hommes en crise suicidaire avaient à dire sur le sujet.

Le caractère homogène des caractéristiques socioéconomiques de l'échantillon a également, sans aucun doute, teinté les résultats obtenus. Les résultats doivent donc être interprétés en ce sens. Les neuf répondants présentaient un faible niveau de scolarité et plusieurs étaient en situation de pauvreté. Huit répondants sur neuf étaient sans emploi et la solitude caractérisait la plupart d'entre eux, qui étaient soit divorcés, séparés, célibataires ou veufs. Il peut toutefois s'agir de caractéristiques récurrentes chez les hommes en crise suicidaire, comme l'indiquent plusieurs auteurs (Holter et coll., 2000 ; Rondeau, 2004).

Le caractère homogène de cet échantillon peut être perçu à la fois comme une force et une faiblesse au plan méthodologique. C'est une force dans la mesure où des facteurs socioéconomiques (pauvreté, solitude, difficultés familiales) sont identifiés par les répondants comme étant à l'origine de leur crise suicidaire. Cet échantillon est d'autant plus intéressant puisque ce profil socioéconomique correspond assez bien à la population masculine qui a fréquenté la ressource où la collecte de données a été effectuée. Les statistiques de fréquentation de l'Accalmie indiquent que la très grande majorité des hommes qui ont eu recours au service d'hébergement étaient dans des conditions de précarité et de solitude au moment de leur admission (Accalmie, 2007). Il est important de préciser que l'approche qualitative utilisée dans cette recherche ne vise pas la généralisation à une quelconque population, mais démontre la très grande pertinence d'étudier le suicide sous l'angle de la perspective de genre, et dans un cadre plus large, sous l'angle de la perspective sociologique. Comme l'indiquent Connell (1995) et Courtenay (2000b), la masculinité doit toujours être considérée dans son interaction avec les facteurs suivants : l'ethnie, le statut économique, le niveau d'éducation, l'orientation sexuelle et le contexte social. Cette précision théorique appuie la prudence avec laquelle les résultats doivent être interprétés et généralisés.

6.5.4 La nature des interventions thérapeutiques

La politique d'admission de l'Accalmie et la nature des interventions thérapeutiques dont ont bénéficié les répondants qui ont participé à cette étude ont certainement eu un effet sur les résultats obtenus. Autrement dit, ces résultats pourraient être différents si le recrutement avait été effectué en milieu psychiatrique ou dans des ressources non spécifiques au suicide mais où peuvent se retrouver des personnes en crise suicidaire (par exemple les ressources en toxicomanie ou les centres de crise). La politique d'admission volontaire ne nous a pas donné accès à des hommes en situation de crise suicidaire aiguë, comme ça aurait pu être le cas en milieu psychiatrique. Il faut cependant rappeler que de tels cas auraient pu constituer un problème au plan de l'éthique en recherche. De plus, la forte médication prescrite à ces personnes en crise aiguë rend le contact difficile pour les entrevues de recherche.

Certaines particularités du lieu de la collecte de données nous poussent à questionner la

place de notre échantillon parmi l'ensemble de la population d'hommes en crise suicidaire. D'après Dulac (2001), parce qu'ils attendent plus longtemps avant de consulter, les hommes favoriseraient une aide immédiate et concrète. En ce sens, la politique d'admission rapide à cette ressource, entre zéro et 48 heures, et le programme d'intervention, basé sur la résolution de problèmes et la responsabilisation (empowerment), peuvent être interprétés comme des facteurs favorisant la demande d'aide chez les hommes. Ces précisions laissent à penser que notre échantillon représente peut-être la pointe émergente de cet iceberg qu'est la problématique du suicide et de la demande d'aide chez les hommes.

6.6 L'implication pour l'intervention

De cette étude se dégagent plusieurs pistes d'intervention pour la clientèle suicidaire masculine. Les résultats démontrent comment la socialisation masculine, soit le mode de (re)production des rôles sociaux de genre et des normes masculines, est identifiée par les répondants comme un facteur contribuant à l'isolement durant les diverses étapes du processus de crise suicidaire et comme un obstacle à la demande d'aide. Mais comme la socialisation masculine débute dès la naissance (et parfois même avant), les efforts de changements sociaux doivent débiter le plus tôt possible. En ce sens, nous supportons les recommandations de Houle (2005) quant à la pertinence d'instaurer des programmes portant sur la résolution de problèmes et le développement de mécanismes d'adaptation qui permettraient aux garçons d'exprimer plus facilement leurs émotions et demander de l'aide sans honte (p.189).

Les participants décrivent tous avoir apprécié leur expérience (aide rapide et concrète) à la maison d'hébergement où ils ont été rencontrés. Mais il s'agit ici d'une des rares ressources au Québec où les hommes en crise peuvent être accueillis. D'un côté, il est recommandé que les hommes modifient leurs attitudes envers la demande d'aide, mais il serait également souhaitable que les institutions d'aide sanitaire et communautaire puissent modifier leurs services afin que les hommes en difficulté se sentent plus à l'aise de les fréquenter. Il ne fait aucun doute qu'une plus grande attention doit être portée à l'expérience de la perte identitaire chez les hommes qui traversent les différentes étapes d'une crise suicidaire. Cette remarque s'applique autant à l'expérience subjective de la crise suicidaire qu'à l'expérience de la demande d'aide. Des rapports plus égalitaires

entre les fournisseurs de services et les usagers pourraient contribuer à limiter la perception de perte identitaire rapportée par les répondants durant le parcours d'aide. La réduction des délais d'attente aux services d'aide en santé mentale faciliterait certainement la fréquence d'utilisation de ces services par les hommes. Évidemment, les rapports plus égalitaires et la réduction de ces délais demeurent des objectifs souhaitables tant pour les hommes que pour les femmes.

Les difficultés parentales, notamment au sujet de l'accès aux enfants, nous incitent à supporter la mise en place et la multiplication des programmes visant à favoriser l'engagement paternel, mais surtout, le développement des programmes d'aide aux pères qui vivent des difficultés familiales. L'accomplissement des responsabilités paternelles peut être grandement perturbé dans des conditions de pauvreté. En ce sens, les programmes de soutien doivent toujours considérer le rôle de parent en interaction avec la classe sociale. La rupture des liens sociaux ayant été rapportée par les répondants de notre étude et par plusieurs autres recherches nous incite à supporter la poursuite du renforcement de ces liens dans l'objectif de diminuer l'isolement et la détresse qui peuvent contribuer au développement d'une crise suicidaire.

6.7 L'implication pour la recherche

Le traitement d'une seule question de recherche soulève de nombreuses pistes de réflexion qui méritent une attention particulière de la part des sciences sociales. Il serait particulièrement pertinent d'approfondir la compréhension de la perte identitaire et de la déviance aux normes sociales de genre, en lien avec les expériences de maladie mentale et de crise suicidaire. Notre étude sur les hommes en crise suicidaire et le rapport aux normes masculines nous incite fortement à proposer une étude similaire chez les femmes en crise suicidaire et le rapport aux normes féminines. Ceci afin de mieux connaître le rôle de la déviance aux normes de l'identité de genre dans la problématique du suicide.

Les récits à la base de cette étude nous incitent à user de prudence lorsque sont abordés les rapports sociopolitiques entre les hommes et les femmes. Le genre étant un des principaux facteurs sociopolitiques (Préjean, 1994), les résultats de notre étude précisent la pertinence de considérer la grande diversité des réalités masculines, soit l'interaction

entre le genre et d'autres facteurs sociaux comme l'ethnie, le niveau de scolarité et la classe sociale (Connell, 1995 ; Courtenay, 2000b ; Tremblay et coll. 2005). Bien que nous ayons traité des normes masculines, il faut souligner que les hommes ne forment pas un groupe homogène. En ce sens, il serait intéressant d'approfondir la connaissance de cette interaction entre le genre et les caractéristiques socioéconomiques.

La crise suicidaire de nos répondants est en lien avec différentes problématiques pour lesquelles ces derniers ont fait des demandes d'aide : toxicomanie, difficultés familiales, troubles de santé mentale, aide sociale, etc. Afin de prévenir d'éventuelles crises suicidaires, il serait pertinent de mieux documenter la dimension de genre de la demande d'aide. À ce sujet, notre étude supporte, une fois de plus, les conclusions de Houle (2005), quant à la nécessité d'examiner la perception qu'ont les hommes de l'efficacité de ces services et de mieux comprendre leur expérience en tant qu'utilisateurs.

CHAPITRE VII

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'apporter un éclairage additionnel sur la problématique du suicide chez les hommes à travers l'exploration du rapport que ces hommes entretiennent avec les normes masculines. Bien que cette problématique ait été l'objet d'un lot considérable de recherches quantitatives et qualitatives, l'approche socioconstructiviste, ayant fait ses preuves dans de nombreuses recherches féministes et en santé, en est à ses premières applications avec la population spécifique des hommes en crise suicidaire. Cette étude visait à examiner comment les hommes en crise suicidaire négocient leur rapport aux normes masculines tout au long des étapes qui ponctuent ce processus, soit : l'expérience de problèmes personnels, la dépression, les idéations et tentatives suicidaires et finalement, la demande d'aide pour crise suicidaire. L'étude a été effectuée auprès de neuf répondants recrutés à la même ressource d'hébergement pour personnes suicidaire, ce qui contribue à l'homogénéité de leur parcours d'aide et incite à la prudence dans la généralisation des résultats obtenus.

Nos résultats révèlent que toutes les étapes du processus de crise suicidaire sont marquées par la récurrence des expériences subjectives de déviance par rapport aux normes masculines. La légitimation de la demande d'aide s'est effectuée par le rejet des normes masculines qui s'opposent au plein épanouissement de la santé de l'individu. Si la déviance est un processus essentiellement social, la légitimation de la demande d'aide est pour sa part décrite essentiellement comme un processus individuel. L'intervention thérapeutique dont ont bénéficié les répondants peut donc être interprétée comme une

solution individuelle à une problématique sociale. Ceci questionne la responsabilité sociale quant à la reproduction des stéréotypes masculins incompatibles avec la demande d'aide en santé et aux difficultés des institutions sanitaires à recevoir les hommes en crise. En regard à la reproduction des stéréotypes masculins, nous soulevons une question posée par Connell (1995) : qu'y a-t-il de normatif dans un ensemble de normes que la majorité des individus n'atteindra jamais ? Au Québec comme ailleurs dans le monde, l'impact négatif de l'inaccessibilité des normes féminines sur les femmes est bien connu et critiqué publiquement à travers divers médias : télévision, radio, magazines, journaux. Une réflexion collective similaire s'imposerait donc quant à la légitimité et la pertinence du maintien de ces normes masculines, tout aussi inaccessibles et nocives. Ce questionnement est loin d'être nouveau : Joseph Pleck l'abordait déjà en 1981. Il serait intéressant de consolider les acquis fait depuis ce temps et d'étudier comment ce questionnement académique, toujours en cours, s'est transformé en innovation sociale, et comment cette transformation pourra se poursuivre dans le futur.

Le changement de perception de la demande d'aide dont ont fait preuve les répondants permet de nuancer la croyance populaire selon laquelle les hommes ne demandent pas d'aide et que les services d'aide ne sont pas adaptés à clientèle masculine. D'une part, les difficultés des répondants résident en partie avec les démarchent qui ont conduit à la maison d'hébergement pour personnes suicidaire et non la maison en soi : « le plus dur, c'est de franchir la porte », disent-ils. D'autre part, la réduction des délais dans la prise en charge des problématiques qui touchent particulièrement les hommes, contribueraient à la réduction de l'écart entre les demandes d'aide tardives et aigue des hommes en crise et les services qui leur sont offerts.

Il est donc souhaitable que des efforts soutenus et concertés soient déployés afin de valoriser la demande d'aide chez les hommes de tout âges. Ceci est particulièrement important pour les hommes adultes et les aînés, qui présentent de forts taux de suicide (St-Laurent et Bouchard, 2004).

À la lumière des résultats obtenus, nous avançons que l'aide sociale et sanitaire destinée aux hommes serait favorisée par une plus grande reconnaissance du rôle des normes masculines dans le processus d'aide et par la reconnaissance de la perte identitaire, qui peut représenter à la fois une cause de la détresse et une conséquence de celle-ci.

Finalement, notre étude appuie la poursuite de la recherche sur les pertes identitaires impliquées dans la problématique de la crise suicidaire et du parcours d'aide, tant chez les hommes que chez les femmes, en rapport aux normes de genre respectives à chacun. L'apport des sciences sociales est essentiel, mais toutefois insuffisant : il faut rappeler que le suicide est une problématique multifactorielle et multidimensionnelle. Nous avons souligné l'importance de mettre en contexte l'expérience rapportée des répondants qui ont reçu des soins psychiatriques avec les difficultés et le manque de ressources en santé mentale. Si le 20^e siècle a été celui où l'espérance de vie a fait un bond prodigieux grâce aux investissements massifs en médecine et en santé publique, espérons que le 21^e siècle déjà entamé soit celui où la santé mentale devienne, à son tour, une véritable priorité nationale.

APPENDICE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

La négociation de la masculinité durant une intervention thérapeutique pour crise suicidaire.

Étudiant : Philippe Roy, candidat à la maîtrise en sociologie, UQÀM.

Superviseure : Catherine DesRivières-Pigeon, professeure au département de sociologie, UQAM

Introduction :

Nous sollicitons, monsieur, votre participation à une étude portant sur le vécu des hommes qui poursuivent une intervention thérapeutique pour crise suicidaire. Pour ce faire, une entrevue d'environ une heure trente aborde la question du parcours de vie, de l'expérience d'une intervention thérapeutique et de la masculinité.

Avant tout, nous vous invitons à prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui concernent votre participation. Si des termes ne vous sont pas familiers, veuillez nous les signaler. Nous vous invitons également à poser toute question qui peut faciliter votre compréhension de l'étude.

- ❖ Buts de la recherche : Cette recherche vise à explorer la place qu'occupe la masculinité et son impact dans l'intervention auprès d'hommes en crise suicidaire. Sur une période de 4 à 6 semaines, une vingtaine d'hommes et 8 intervenants seront rencontrés.
- ❖ Nature de la participation : Les participants seront rencontrés individuellement au lieu qui leur conviendrait pour une entrevue d'une durée approximative d'une heure et demie. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio. Le chercheur sera le seul à avoir accès aux enregistrements et aux données brutes des entrevues. Ceux-ci seront détruits six mois après le dépôt du mémoire.
- ❖ Participation volontaire et droit de retrait du participant : La participation est entièrement volontaire et non rémunérée. Les participants sont totalement libres en tout temps de refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions ou de se retirer du projet sans pénalités et sans que cela nuise à la relation avec les intervenants.
- ❖ Avantages de la participation : D'après les recherches consultées, les individus qui ont participé à des études similaires apprécient généralement cette occasion d'explorer la dimension subjective de leur expérience : c'est-à-dire le jugement qu'ils ont sur leur propre parcours et sur les soins qu'ils ont reçus. Si les participants ne retirent aucun bénéfice personnel, leur contribution sera toutefois importante pour l'avancement des connaissances et des techniques d'intervention. Quant aux participants-intervenants, la collaboration à cette étude peut être une bonne occasion d'avoir un regard critique et une réflexion constructive sur la nature de leur travail.

- ❖ Risques : Il est possible que le dévoilement du vécu des personnes en crise suicidaire récente suscite de l'anxiété, de la honte, de l'angoisse ou des sentiments désagréables comme la tristesse.
- ❖ Procédure en cas de risques : Tout au long du processus de recherche, le chercheur portera une attention particulière à ce que l'entrevue ne porte pas préjudice à l'intégrité psychologique des participants. Chaque entrevue se terminera par une période d'échange à cet effet. Si le chercheur ou le participant sentent que l'entrevue peut s'avérer dommageable, ceux-ci sont invités à en discuter et mettre fin à l'entretien si nécessaire. En cas de débordement, le participant sera référé au personnel de l'Accalmie. Les entrevues ayant lieu à la maison d'hébergement, le personnel d'aide sera déjà sur place en cas de malaise de la part des participants. Dans le cas où l'entrevue s'effectue ailleurs, une liste de références sera fournie. Le chercheur s'engage à accompagner le participant vers la ressource appropriée.
- ❖ Moyens de diffusion des résultats de la recherche : La recherche sera d'abord publiée sous forme de mémoire de maîtrise, puis sous forme d'articles scientifiques en français et en anglais. Au moment de l'entrevue, le chercheur remettra aux participants ses coordonnées professionnelles (courriel), la date prévue de publication et les façons d'accéder aux résultats de la recherche.
- ❖ Anonymat et confidentialité : Toutes informations provenant des entrevues seront traitées confidentiellement. L'anonymat sera entièrement préservé par l'attribution d'un pseudonyme. Seul le chercheur possèdera une liste permettant de faire le lien entre un participant et son pseudonyme. Cette liste sera conservée sous clé au bureau du chercheur pour la durée de la recherche et détruite six mois après le dépôt du mémoire. La rédaction du mémoire et des articles scientifiques fera obligatoirement mention de l'utilisation de noms fictifs.

❖ Responsables de la recherche et coordonnées :

Étudiant : Philippe Roy

Candidat à la maîtrise en sociologie, UQAM

rov.philippe.4@courrier.uqam.ca

Superviseure : Catherine Desrivières-Pigeon

Professeure au Département de sociologie, UQAM

(514) 987-3000 poste 2534.

desrivieres.catherine@uqam.ca

❖ Membres du Comité d'éthique en recherche de l'UQAM et coordonnées avec qui prendre contact pour les questions touchant les responsabilités des chercheurs ou pour formuler une plainte :

Anne Laperrière

Département de sociologie

CP 8888, succursale centre-ville

Montréal H3C 3P8
Tél: (514) 987-3000 poste 4369
Fax: (514) 987-4638

❖ Références d'aide :

L'Accalmie : (819) 378-8585
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières : (819) 697-3333
Département de psychiatrie : (819) 697-3333 #69849
Centre de prévention suicide Les Deux Rives :
Sans frais : 1-866-APPELLE (277-3553)
Ligne jeunesse : 691-0818
Ligne d'intervention : 379-9238
<http://www.prevention-suicide.qc.ca/>

Consentement :

Je, soussigné, déclare avoir lu et compris le présent formulaire de consentement, notamment à ce qui a trait à la nature volontaire et aux risques possibles reliés à ma participation à ce projet de recherche. Je consens également à ce que l'entrevue soit enregistrée sur bande audio, dans la mesure où le chercheur maintient les normes d'anonymat et de confidentialité. Je reconnais que le chercheur m'a expliqué le projet, qu'il a répondu à toutes mes questions et que ma décision est libre et éclairée.

Je consens librement et volontairement à participer à la recherche réalisée par Philippe Roy, candidat à la maîtrise en sociologie à l'UQAM. Il est convenu que je reçoive une copie signée du présent formulaire de consentement. Je comprends que je suis libre de me retirer du projet en tout temps et ce, sans aucun préjudice.

Par la présente, je consens à participer à la recherche sur la négociation de la masculinité dans l'intervention auprès d'hommes en crise suicidaire.

Nom du participant : _____

Signature : _____

Date : _____

Au chercheur,

Je déclare :

- Avoir expliqué au participant mentionné ci haut les objectifs de l'étude, sa durée et les risques potentiels.
- Que le participant a bien reçu des réponses satisfaisantes à toutes ses questions et qu'il a fourni un consentement libre et éclairé pour participer à la recherche.

Nom du chercheur : _____

Signature : _____

Date : _____

APPENDICE B

GRILLE D'ENTREVUE

Masculinité et intervention thérapeutique après une tentative de suicide.

Grille d'entrevue : hommes en crise suicidaire

Ouverture

« Je te remercie beaucoup d'avoir accepté de m'aider dans ma recherche. Avant de commencer, je me demandais si il y a des choses que tu veux savoir à propos de cette recherche? »

J'aimerais que l'on parle, tout d'abord, de ton arrivée dans la maison d'hébergement.

- Peux-tu me décrire ton arrivée dans cette ressource ?
- Comment s'est prise cette décision ?
- Quel était ton objectif en venant ici (qu'est-ce que tu recherchais ?)

Description de l'intervention

- Peux-tu me décrire ce qui se passe quand on fait une intervention thérapeutique après une tentative ou crise suicidaire ?
- Si tu avais à décrire la relation entre l'aidant et l'aidé à quelqu'un qui n'a aucune idée de ce qu'est cette intervention, comment le ferais-tu?
- Comment ton entourage a-t-il réagi en apprenant ta tentative de suicide ?
Qu'est-ce qui explique leur réaction selon toi ?
Comment as-tu réagi après ta tentative ?
- On associe souvent le suicide avec la dépression, est-ce que la dépression est quelque chose qui a contribué à ta crise suicidaire ?
Qu'est-ce que ça signifie la dépression pour toi ?
Est-ce que tu te sentais dépressif au moment de ta tentative ou dans les jours qui l'ont précédée?
Est-ce que tu parlais de ta dépression à ton entourage ?
Te sentais-tu à l'aise d'en parler ?
Penses-tu qu'une personne puisse être suicidaire sans être dépressive ?
- 80% des décès par suicide sont faits par des hommes et 20% par des femmes.
Qu'est-ce qui explique cette différence selon toi ?

Questions sur la masculinité

- Avais-tu des idoles de jeunesse ou des hommes que tu admirais ?
Qu'est-ce que tu admirais chez eux ?
- As-tu un exemple d'une personne que tu qualifierais de vrai gars?
Qu'est-ce qui fait de cette personne un vrai gars ?
- Quelles qualités font de ton père un homme?
Quel traits as-tu gardés/rejetés de ton père ?
- Selon toi, qu'est-ce qu'un garçon doit apprendre afin de devenir un homme ?
(Si le répondant mentionne les normes ou règles masculines) Comment prends-tu conscience de ces normes ou règles ?
- Avoir besoin d'aide en tant qu'homme, ça fait quoi?
- Quelles sont les qualités requises selon toi pour réussir sa thérapie ?

Fin de l'entrevue :

- Après avoir traversé cette démarche d'aide, quels conseils donnerais-tu à quelqu'un en crise suicidaire ?
- Est-ce qu'il y a des points que je n'ai pas abordés et que tu trouves importants ?
- Comment as-tu trouvé l'entrevue ?
- Si tu en ressens le besoin, n'hésite pas à contacter les groupes d'aide comme la ligne Prévention Suicide et la maison l'Accalmie (dépliants fournis en référence). Je vais te contacter dans quelques jours pour voir comment tu te sens par rapport à cette entrevue.
- Contacter le participant 2 ou 3 jours plus tard pour vérifier que tout va bien et que l'entrevue ne l'a pas affecté.

APPENDICE C

CATÉGORIES D'ANALYSE

Liste des catégories utilisées pour l'analyse

- Demande d'aide
 - Démarche légitime
 - Démarche illégitime
 - Honte – orgueil
 - Le regard des autres
 - L'intervention thérapeutique
- Travail
 - La perte du travail
 - L'excès de travail
 - La dimension identitaire
- Relations familiales
 - Les pertes et leurs rôles dans la crise
- Dépression
 - Les causes perçues
 - L'expérience
 - Les conséquences
 - Le regard des autres
- Normes masculines
 - Discours personnel (d.p.)
 - Discours social (d.s.)
 - relation et compatibilité entre d.s. et d.p.
- Suicide
 - Les significations
 - Le discours avant la crise
 - Le discours après la crise
 - La surmortalité masculine
- Psychiatrie
 - L'expérience de patient
 - Les relations au personnel
- Autres éléments
 - Les autres causes perçues de la crise

BIBLIOGRAPHIE

- Accalmie (2007) *Rapport annuel 2006-2007*.
- Allison, S., Roeger, L., Martin, G., & Keeves, J. (2001) *Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35, 498-503.
- Alter, N. (2002) *Les logiques de l'innovation*. Paris : La Découverte.
- Association québécoise de suicidologie (2002) *Fermer les yeux sur le suicide ? Jamais de la vie*. Document préparé pour la Semaine de prévention du suicide, février 2002. Montréal: AQS.
- Bauman, Z (1992) *Imitations and postmodernity*. London: Routledge.
- Beck, U. (1992) *Risk Society: Towards a new modernity*. London: Sage.
- Becker, H. (1985) *Outsiders*. Paris: Métailié.
- Bennett, S., Coggan, C., Adams. (2003): *Problematising depression: young people, mental health and suicidal behaviours*. Social Science & Medicine, 57, 289-299.
- Bloom, B. L., Asher, S. J., & White, S. W. (1978) *Marital disruption as a stressor: A review and analysis*. Psychological Bulletin, 85, 867-894.
- Bourke, L. (2003) *Towards understanding youth suicide in an Australian rural community*. Social Science & Medicine, 57, 2355-2365.
- Braver, S. L., & O'Connell, D. (1998). *Divorced dads: shattering the myths*. New York: Jeremy P. Tarcher / Putnam.
- Cartwright, G.F. (1993) *Expanding the parameters of parental alienation syndrome*. American Journal of Family Therapy, 21, 3, 205-215.
- Chandler, M., Lalonde, C. Sokol, B. Hallett, D. (2003) *Personal Persistence, Identity Development, and Suicide: A Study of Native and Non-Native North American Adolescents*. Blackwell Synergy publishing.
- Charmaz, K. (1995) *Identity, dilemmas of chronically ill men*. Dans Sabo, D. et Gordon, D.F. (Éds.) *Men's Health and Illness : Gender, Power and the Body*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2000) *Grounded theory*. Dans Denzin, N. K. et Lincoln, Y. S. (Éds.) *The handbook of qualitative research, second edition*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2002) *Qualitative interviewing and grounded theory analysis*. Dans Gubrium, J. F. et Holstein, J. A. (Éds.) *The handbook of interview research: context & method*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cheng, C. (1999) *Marginalizes masculinities and hegemonic masculinity: an introduction*. Journal of Men's Studies, 7,3, 295-315.
- Choinière, R. (2003) *La mortalité au Québec, une comparaison internationale*. Québec: Institut national de santé publique.
- Clain, O. (2001) *Les suicides des jeunes hommes au Québec, un cas de fatalisme ?* Dans *Les Solutions sociales de l'inconscient*. Paris: Anthropos.
- Clatterbaugh, K. (1990) *Contemporary Perspectives on Masculinity : Men, Women and Politics in Modern Society*. Boulder: Westview Press.
- Connell, R.W. (1993) *The big picture: masculinities in recent history*. Theory and Society, no. 22, 597-623.
- Connell, R.W. (1995) *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
- Connell, R.W. (2003) *Masculinities, changes and conflict in Global Society: Thinking*

- about the future of Men's Studies. *Journal of Men's Studies*, 11(3), 249-266.
- Courtenay, W. H. (2000a) *Constructions of masculinities and their influence on well-being: a theory on gender and health*. *Social Sciences & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Courtenay, W. H. (2000b) *Behavioral factors associated with disease, injury and death among men: evidence and implications for prevention*. *Journal of Men's Studies*. Vol. 9, no. 1, 81-142.
- Courtenay, W. H. (2002) *A global perspective on the Field of Men's Health: An editorial*. *International Journal of Men's Health*. Vol. 1, no. 1, 1-13.
- Crook, M. (1996) *Suicide: Trente adolescents parlent de leurs tentatives*. Montréal: Éditions Sciences et Culture.
- Dagenais, D. (2005) *The suicide of young men in Québec*. *Journal of Indo-Canadian Studies*. Article sous presse.
- Daigle, M. (2002) *Des hommes en détresse: quels services vont-ils utiliser?* *Intervention*, no. 116, 5-12.
- Daigle, M. et Gariépy, Y. (2003) *Vers une meilleure concertation des services offerts aux hommes suicidaires*. *Revue Québécoise de psychologie*. Vol. 4, no. 1, 243-254.
- Danielsson, M. et Lindberg, G. (2001) *Differences between men's and women's health: The old and new paradox*. Dans Östlin, P. et coll. (Éds.). *Gender Inequalities in Health: A Swedish Perspective*. Boston: Harvard Center for Population and Development Studies.
- David, S.S. et Brannon, R. (1976) *The forty-nine percent majority: the male sex role*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- De Beauvoir, S. (1972) *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard.
- DeLamater, J.D. et Shibley Hyde J. (1998) *Essentialism vs. Social constructionism in the study of human sexuality*. *The Journal of Sex Research*, 35, 1, 10-18.
- Dorais, M. (2000) *Mort ou fif*. Montréal: VLB Éditeur.
- Dulac, G. (1994) *Penser le masculin*. Presses de l'Institut québécois de la recherche sur la culture.
- Dulac, G. (2002) *Aider les hommes... aussi*. Montréal: VLB éditeurs.
- Dulac, G. (2003) *Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque de suicide présentant des problèmes de toxicomanie et/ou de santé mentale dans le processus suicidaire*. Montréal: Centre d'études appliquées sur la famille.
- Durkheim, E. (1999a) *Le suicide*. Paris: Presses universitaires de France.
- Durkheim, E. (1999b) *De la division du travail*. Paris: Presses universitaires de France.
- Eckersley, R. et Dear, K. (2002) *Cultural correlates of youth suicide*. *Social Sciences & Medicine*, 55, 1891-1904.
- Ekenstam C. (2005) *Manly or unmanly? Fear of falling*. *NIKK magasin*, no. 3-2005, 26-31.
- Farrell, W. (1993) *The Myth of Male Power*. New York: Berkley Books.
- Ferréol et coll. (2002) *Dictionnaire de sociologie*. Paris: Armand Colin.
- Flemming, A.A. (1999) *Older men in contemporary discourses on ageing: absent bodies and invisible lives*. *Nursing Inquiry*, 6, 3-8.
- Foucault, M. (1961) *Histoire de la folie*. Paris: Librairie Plon
- Foucault, M. (1963) *La naissance de la clinique*. Paris: Presses universitaires de France.
- French, M. (1978) *The women's room*. New York: Jove books.
- French, M. (1992) *The war against women*. New York: Simon and Schustler.
- Friedan, B. (1970) *The feminine mystique*. New York: Dell.
- Fusé, T. (1997) *Suicide, Individual and Society*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Gerstel, N., Riessman, C. K., & Rosenfield, S. (1985) *Explaining the Symptomatology of Separated and Divorced Women and Men: The Role of Material Conditions and*

- Social Networks*. Social Forces, 64(1), 84-101.
- Goldberg, H. (1977) *The hazards of being a male: surviving the myth of masculine privilege*. New York: Signet
- Goldsmith, S.K., Pellmar, T.C., Kleinman, A.M., Bunney, W.E. (eds). (2002). *Reducing suicide: a national imperative*. Washington, D.C.: The National Academy Press.
- Gouvernement du Québec (2006) *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Cadre de référence*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Gratton, F. (1996) *Les suicides d'être des jeunes Québécois*. Sainte-Foy: Presses Universitaires du Québec.
- Guyon, L. et Messing, K. (1996) *De l'inclusion à l'innovation: réflexions sur l'apport féministe à l'étude de la santé*. Dans Dagenais, H. (Ed.) *Science, conscience et action. 25 ans de recherche féministe au Québec*. Montréal: Les Éditions Remue-Ménage.
- Hällström, T. (2001) *Gender differences in mental health*. Dans Östlin, P. et coll. (Éds.) *Gender Inequalities in Health: A Swedish Perspective*. Boston: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Hammarström, A., Härenstam, A., Östlin, P. (2001) *Gender and Health: Concepts and explanatory models*. Dans Östlin, P. et coll. (Éds.) *Gender Inequalities in Health: A Swedish Perspective*. Boston: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Hemström, Ö. (1998) *Male susceptibility and female emancipation: Studies on the Gender Difference in Mortality*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Holter, Ø., Rongær, Ø., Forsèn, R., Gilason, I. (2000) *Kan menn ? Menn og likestilling i arbeidslivet (Can men ? Men and gender equal status in working life)*. København: Tema Nord.
- Houle, J. (2005) *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide*. Thèse de doctorat. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Institut de la statistique du Québec (2001) *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec: Institut de la statistique.
- Jourard, S. (1971) *The transparent self*. (éd. Rev.) Princeton, N.J.: Van Nostrand
- Keller, R. (2007) *L'analyse de discours du point de vue de la sociologie de la connaissance. Une perspective nouvelle pour les méthodes qualitatives*. Recherches Qualitatives, hors série, no. 3, pp 287-306.
- Kimmel, M. (1996) *Manhood in America*. New York: Free Press.
- Klerman, G. L. (1986) *Suicide and depression among adolescents and young adults*. Boston: American Psychiatric Press.
- Krieger, N. et Fee, E. (1994) *Man-made medicine and women's health: the biopolitics of sex/gender and race/ethnicity*. International Journal of health services 24(2): 265-283.
- Labelle, R., Gagnon, A., Séguin, M. & Lachance, L. (2003) *Caractéristiques cognitives de jeunes suicidants, suicidaires et non suicidaires*. Revue québécoise de psychologie, vol. 24, no.1, 161-177.
- Lagarardette, M. (2003) *La cause des hommes. Hommes au bord de la crise de nerfs*. Paris : Leduc.S. Éditions.
- Lester, D. (1989) *Suicide from a sociological perspective*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Lester, D. (1994) *The protective effect of marriage for suicide in men and women*. The Italian Journal of Suicidology. Vol. 4, no. 2, 83-85.

- Lewis, J. (2003) *Gendering Prevention Practices. A practical guide to working with gender in sexual safety and HIVAIDS awareness education*. Oslo: NIKK publishing.
- Lupton, D. (2000) *The social construction of medicine and the body*. In Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S.C., *Handbook of social studies in health and medicine*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mäkinen, I. H. (1997) *Suicide in European Countries. Some Theoretical, Legal and Historical Views on Suicide Mortality and Its Concomitants*. Thèse de doctorat. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Mehlum, L., Hytten, K. et Gjertsen, F. (1999) *Epidemiological trends of youth suicide in Norway*. *Archives of Suicide Research*. 5: 193-205.
- Men's Health Network (2003) *The Silent health crisis*. Washington, DC: MHN.
- Middleton, N., Gunnell, D., Frankel S., Whitley, E., Dorling, D. (2003) *Urban-rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981-1988*. *Social Science & Medicine*, 57, 1183-1194.
- Mishara, B. (2003) *Succès, échecs et défis en prévention du suicide au Québec*. *Revue Québécoise de psychologie*. Vol. 4, no. 1, 125-134.
- Montagu, A. (1968) *The natural superiority of women*. New York: Collier Books.
- Morse, J.M. et Field, P.A. (1995) *Qualitative research methods for health professionals, second edition*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Mosse, G.L. (1996) *The Image of Man: The Creation of Modern Masculinity*. Oxford University Press.
- Murray, C. & Lopez, A. (Eds.) (1996) *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Murray, C. J. L. et Lopez, A. D. (Éds), (1996). *The global burden of disease – summary. The Harvard School of Public Health*. Harvard: Harvard University Press.
- Newman, A. (1999) *Women are from Venus. Men are from Hell*. Holbrook, Mass.: Adams.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001) *Gender differences in depression*. *Current Directions in Psychological Science*, vol. 10 number 5, October 2001. American Psychological Society.
- Oliffe, J. (2006) *Embodied masculinity and androgen deprivation therapy*. *Sociology of Health and Illness*. 28:4, 410-432.
- Organisation Mondiale de la Santé (2000), *Mental health and brain damage*. Genève: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé (2004), *Suicide prevention and global charts*, <http://www.who.int/topics/suicide/en/>
- Östlin, P., Danielsson, M., Diderichsen, F., Härenstam, A. and Lindberg, G. (eds). (2001). *Gender Inequalities in Health: A Swedish Perspective*. Boston: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Otero, M. (2003) *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*. Sainte-Foye: Les Presses de l'Université Laval.
- Patton, M.Q. (1990) *Qualitative interviewing*. Dans Patton, M.Q. *Qualitative evaluation & research methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pépin, I. (2000) *La santé des femmes itinérantes. Sans Préjudice...* Pour la santé des femmes, Automne 2000 - no 22.
- Perrault, C. (1990) *Et si on parlait des hommes?* *Santé mentale au Québec*, XV(1), 134-144.
- Perlin, S. (1975) *A handbook for the study of suicide*, New York: Oxford University Press.

- Pleck, J.H., Sonenstein, F.L., Ku, L.C. (1994) *Problem behaviours and masculinity ideology in adolescent males*. Dans: Ketterlinus, R.D., Lamb, M.E. (Éds.), *Adolescent problem behaviours: Issues and research*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Pollack, W. (1999) *Real Boys: Rescuing our sons from the Myths of Boyhood*. New York: Random House.
- Popenoe, D. (1996) *Where's Papa? Disappearing dads are destroying our future*. Life without Fathers. New York: The Free Press.
- Préjean, M. (1994) *Sexes et pouvoir*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Ritzer, G. (1997) *Postmodern social theory*. New York: McGraw-Hill
- Roberts, P. et Mosely, B. (1996) *Father's Time*. Psychology Today, 45-55.
- Rondeau, G. et coll. (2004) *Les hommes: s'ouvrir à leur réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Rotermann, M. (2007) *Rupture conjugale et dépression subséquente*. Statistique Canada, Rapports sur la santé, 18:2, 35-46.
- Saltonstall, R. (1993) *Healthy body, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life*. Social Science and Medecine, Vol. 36, No 1, 7-14.
- Stanistreet D., Scott-Samuel, A., Bambra, C. (2005) *Is patriarchy the source of men's higher mortality?* Journal of Epidemiology and Community Health vol 59, 873-876.
- Santé Canada (1999) *L'état de santé des Canadiennes et des Canadiens. Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa: Publications Santé Canada.
- Santé Canada (2003) *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social*. Ottawa: Publications Santé Canada.
- Sauvé, M. R. (2005) *Échecs et Mâles*. Montréal : Les Intouchables.
- Savoie-Zajc, L. (2003) *L'entrevue semi-dirigée*. Dans B. Gauthier (Ed.), *Recherche en sciences sociales: de la problématique à la collecte des données*. Ste-Foy: PUQ.
- Schwalbe, M. L. et Wolkomir, M. (2002) *Interviewing men*. Dans Gubrium, J. F. et Holstein, J. A. (Éds.) *The handbook of interview resaearch: context & method*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Singleton, A. (2007) *Boys in crisis ? Australian adolescent males beyond the rhetoric*. The Journal of Men's Studies. Vol 15, No 3, 361-374.
- Smith, G., Branas, C., Miller, T. (1999) *Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A metaanalysis*. Annals of Emergency Medicine, 33:66, 659-668.
- Solanas, V. (1996) *S.C.U.M. Manifesto*. Edimburg : AK Press
- Sorokin, P. (2002) *Suicide as a social phenomenon*, dans Våregö, D. (Éd.) *The Unknown Sorokin*. Stockholm : Almqvist & Wiksell.
- Stanton, D. (1998) *Le blues des gars: no man's land identitaire*. Gazette des femmes, Vol. 20, no 3, 27-34
- Stillion, J. M. (1984) *Perspective on the sex differential in death*. Death Education, 8, 237-256.
- St-Laurent, D. & Bouchard C. (2004) *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* Institut national de santé publique du Québec.
- Stephenson, J. (1995) *Men are not cost-effective : male crime in America*. New York: Harper Perennial.
- Stoppard, J. (2000) *Understanding Depression: Feminist social constructionist approaches*. New York: Routledge.

- Strauss, A.L. (1987) *Qualitative Analysis for Social Scientists*. New York: Cambridge University Press.
- Synnott, A. (1997) *Shadows: Issues and Social Problems in Canada*. Toronto: Prentice-Hall.
- Synnott, A. (2001) *Men and Masculinities*. American Anthropologist. 103, 1, 212-217.
- Synnott, A. (2005) *The Hegemonic male or Men in Crisis*. Livre sous presse.
- Tanney, B.L. (2000) *Psychiatric diagnoses and suicidal acts*. Dans Maris, R.W., Berman, A.L. & Silverman, M.M. (Éds.) *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press.
- Thompson, E.H. (1994) *Older men as invisible in contemporary society*. Dans Thompson, E.H. (Ed.) *Older men's lives*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Tousignant, M., Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., Turecki, G. (2003) *Le suicide chez les hommes de 18 à 55 ans: trajectoires de vie*. Revue québécoise de psychologie, vol. 24, no. 1, 145-160.
- Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-E., & Lapointe-Goupil, R. (Eds.). (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Tremblay, G., Morin, M.-A., Desbiens, V., Bouchard, P. (2007) *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Collection Études et Analyses, 36. Québec : CRI-VIFF.
- Turcotte, D., Dulac, G., Lyndsay, J., Rondeau, G., Turcotte, P. (2002) *Les trajectoires de demande d'aide des hommes en difficulté*. Collection Études et Analyses, 21. Montréal: CRI-VIFF.
- Willis, L.A., Coombs, D. W., Cockerham, W.C. & Frison, S. L. (2002) *Ready to die: a postmodern interpretation of the increase of African-American adolescent male suicide*. Social Science & Medicine, 55, 907-920.